FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1966

THÈSE

N° 915

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Pierre LA MESTA

né le 19 juillet 1941 à BAGNOLET (93)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

A PROPOS DE CINQUANTE-QUATRE CAS D'ENDOMETRIOSE

Président : Monsieur J. HUGUIER, Professeur.

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1966 # THÈSE N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Pierre LA MESTA
né le 19 juillet 1941 à BAGNOLET (93)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

A PROPOS DE CINQUANTE-QUATRE CAS D'ENDOMETRIOSE

Président : Monsieur J. HUGUIER, Professeur.

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

1/1/1966

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Georges BROUET.

1er ASSESSEUR . . . . . Daniel BARGETON

2e ASSESSEUR . . . . . Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	DENOIX (P.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
—	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

	MM.
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Histologie	COUJARD (R.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.) / RICHET (G.)
Physiologie	DEJOURS (P.) / ROUCAYROL (J.-Cl.) / SCHERRER (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.) / GOUGEROT (L.) / TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

		MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)		LENÈGRE (J.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	—	N...
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)		PADOVANI (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)		DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques medicales	Bicêtre	DEPARIS (M.)
	Broussais	MILLIEZ (P.)
	Cochin	BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Lariboisière	SÈZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G.)

	MM.
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Saint-Antoine	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
— — (Cochin)	BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
— — (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
— — (Pitié)	RAMBERT (P.)
— — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)

b) **Professeurs à titre personnel :**

Hématologie	ANDRÉ (R.)
	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CABROL (Ch.)
	GROSSIORD (A.)
	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F
	WORMS (R.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.)
	ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELCARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.
Anatomie pathologique	BOUYGOU (Ch.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.) GONNARD (P.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (B.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Physique médicale	COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEUR ASSOCIÉ

Statistique médicale et épidémiologique	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseillers administratifs	Mlle CHAINTREUIL (G.) M. FAYE (R.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.),
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Ma Mère

A Mon Père

A Ma Femme

A Mes Frères et Soeurs

A Mon Oncle, le Docteur Henri LA MESTA

A toute ma famille

en témoignage de mon affection.

A Mes Amis.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544322_0005

A Monsieur le Professeur J. HUGUIER

Professeur Agrégé de Clinique Gynécologique
à la Faculté de Médecine de Paris.

Chirurgien de l'Hôpital Broca

Membre de l'Académie de Chirurgie

qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

qu'il veuille bien agréer l'expression
de notre respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Docteur André MAZINGARBE

Chirurgien Chef de l'Hôpital de Montargis

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Chevalier de la Légion d'Honneur.

qui m'a fait l'honneur de me confier
le sujet de cette thèse et m'a guidé
avec sollicitude dans sa réalisation.

qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur R. GAUTHIER

Médecin Chef de l'Hôpital de Montargis

En témoignage de l'enseignement
qu'il m'a donné.

Avec ma respectueuse gratitude.

A Monsieur le Docteur ROUSSILLON

A Monsieur le Docteur TRONC

A Monsieur le Docteur CHAON

A Monsieur le Docteur BADINIER

Médecins Chefs de l'Hôpital de Montargis

En témoignage de ma reconnaissance.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

- Monsieur le Professeur DE GENNES
- Monsieur le Professeur LORTAT-JACOB
- Monsieur le Docteur LIEVRE
- Monsieur le Professeur OLIVIER
- Monsieur le Professeur DEGOS
- Monsieur le Docteur MADURO
- Monsieur le Docteur CATHALA
- Monsieur le Professeur OFFRET
- Monsieur le Professeur TURIAF
- Monsieur le Professeur MOLLARET
- Monsieur le Professeur CASTAIGNE
- Monsieur le Professeur HERVET

INTRODUCTION

Chacun s'accorde à reconnaître que l'endométriose est une affection singulière.

Or, malgré tout l'intérêt qu'elle présente, force est bien de constater que les publications gynécologiques d'expression française se sont montrées toujours discrètes à son égard, comparativement aux abondantes littératures germaniques et surtout anglo-saxonnes.

L'histoire de l'endométriose ne commence vraiment qu'en 1893 avec le mémoire princeps de Von RECKLINGHAUSEN, ensuite, il faut citer les travaux de R. MEYER en 1903, de SAMPSON en 1921 et de JOSSELIN de JONG en 1924.

Puis, ce sont les grandes statistiques américaines et allemandes et parmi elles, celles de COUNSELLER en 1938 et de HASELHORST en 1929.

En France, pendant ce temps, seule l'Ecole Lyonnaise semble s'intéresser à la question avec les travaux de COTTE en particulier.

Il faut attendre 1939, pour que soit faite, dans notre pays, une première et excellente mise au point de cette maladie, au 48 ème Congrès Français de Chirurgie par BROCQ et VARANGOT pour la clinique, l'anatomie pathologique, la pathogénie, et par DELANNOY pour le traitement.

Depuis, mis à part les travaux de COTTE, MATHIEU, GUILLEMIN et MOUSSELON, aucune statistique importante ne fût publiée.

Bien à propos, le Congrès de la Fédération des sociétés de gynécologie et d'obstétrique de langue française, tenu à Lausanne en septembre 1965, y consacra une grande partie de ses rapports.

Il nous est apparu intéressant de faire le bilan sur dix ans, des endométrioses observées dans le service de chirurgie générale de l'Hôpital de Montargis.

Cette pathologie y occupe une place un peu privilégiée ; le Dr. A. MAZINGARBE s'est toujours intéressé à elle, puisqu'en effet il publia, dans le mémoire de l'Académie de Chirurgie en 1939, avec MONDOR, un premier travail sur un cas d'endométriome ombilical et avec MOCQUOT, PALMER et MORICARD, un second sur quelques cas d'endométriome ; en 1950, il présente deux observations d'endométriose du grêle recueillies dans son service.

Dans ce travail, nous nous proposons donc d'étudier cinquante-quatre observations retrouvées entre 1955 et 1965 et comportant une vérification histologique.

Nous avons volontairement laissé de côté quatre cas où l'anatomo-pathologie laissait planer un doute.

Nous mettrons en exergue quelques localisations qui, par leur rareté ou leur intérêt, nous ont paru mériter une place à part.

De cet exposé qui pourra sembler un peu fastidieux par ces détails rapportés mais qui, à notre avis, s'avèrent indispensables, nous tenterons de tirer quelques considérations sur l'endométriose, affection passionnante entre toutes, dont l'histoire naturelle est encore pleine de secrets.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

Madame SCH..., 30 ans, consulte le 26.1.65 pour :

- des douleurs hypogastriques très importantes survenant quelques jours avant les règles.
- il n'y a pas de trouble du transit.
- les cycles sont à peu près réguliers, les pertes normales.

antécédents : grossesse 7 ans auparavant. Rien d'autre par ailleurs.

examen : col sain - corne et bord droits de l'utérus déformés par deux masses faisant penser à des myomes.

intervention le 15.2.55 : on trouve deux myomes du fond utérin que l'on enlève.

Découverte par ailleurs de deux petits kystes noirâtres avec induration de la séreuse au niveau du sigmoïde : on pense à une endométriose.

Ablation de ces deux lésions.

Histologie (Dr VERMES) confirme la nature endométriale.

Les suites opératoires sont normales ; revue quelques mois plus tard, on note une nette diminution du syndrome douloureux prémenstruel. Il n'existe aucun trouble du transit.

En 1957, nouvelle grossesse : accouchement par césarienne en septembre.

En 1962, Mme SCH. revient consulter pour des douleurs pelviennes sans rythme particulier et des cycles devenant de plus en plus courts.

Examen : on découvre un gros fibrome utérin fixé et très douloureux.

L'intervention se solde par une hystérectomie totale avec conservation annexielle.

Il n'existe pas de lésion de type endométriose au niveau du colon.

Depuis cette opération, Mme SCH. va bien.

OBSERVATION N° II

Madame DORM..., 19 ans, consulte le 23.2.1955 pour :

- douleurs hypogastriques importantes, surtout avant les règles et au début de celles-ci. Ces dysménorrhées durent deux à trois jours, devenant de plus en plus intenses.

- règles d'abondance normale, durant 7 jours, cycles de 28 jours.

Cette femme a eu un accouchement normal à terme vingt mois auparavant et les troubles sont apparus depuis.

Examen : Point douloureux sur le bord interne du grand droit, à gauche, au niveau de l'ombilic.

Petit col sain - regardant en avant. Corps en retroversion fixée. Le toucher vaginal est douloureux.

Intervention le 10.2.1955 : lésions annexielles bilatérales évoquant une tuberculose annexielle. La trompe droite est oblitérée. On pratique une libération des annexes et de l'utérus et une ablation de la trompe droite.

Histologie : lésions d'endométriose et réaction inflammatoire banale sans lésion tuberculeuse au niveau des ovaires et de la trompe droite (Dr. VERMES).

L'intervention entraîne la disparition du syndrome douloureux.

OBSERVATION N° III

Madame CONT..., 38 ans, consulte le 3.5.1955 pour :

- des dysménorrhées intenses
- des règles très abondantes.

antécédents : on note qu'elle avait déjà consulté en 1949 pour des irrégularités menstruelles avec ménorragies - des dysménorrhées peu importantes.

L'examen montrait alors un petit utérus en rétroversion, un cul de sac vaginal gauche un peu rigide.

Elle avait fait deux fausses couches spontanées dont la seconde suivie de curetage.

examen du 3.5.1955 : présence d'un gros fibrome à noyaux irréguliers, dur et douloureux.

intervention le 11.5.1955 : on trouve un gros fibrome diffus. Une hystérectomie totale avec conservation des annexes est effectuée.

Histologie : Existence d'un léiomyome associé à une endométriose (Dr. VERMES).

Résultat thérapeutique : disparition des dysménorrhées.

La malade est revue le 17.3.1959 : se plaint de douleurs de la fosse iliaque droite, le soir surtout, et de diarrhée.

L'examen gynécologique est normal. Traitement médical.

La malade n'a pas été revue depuis.

OBSERVATION N° IV

Madame PIC..., 48 ans, nous est adressée en juillet 1955 pour :

- ménorragies dues à un fibrome.

Examen : col sain - très gros fibrome utérin à noyaux multiples douloureux à la palpation.

Antécédents : réglée à 12 ans - cycles réguliers - a eu 2 filles en 1928 et 1930. Pas d'autres antécédents.

Intervention 20.7.1955 : Enorme masse fibromateuse à noyaux multiples. Uretère droit très adhérent, refoulé par un myome latéral. Hystérectomie subtotale.

Histologie : léiomyome associé à une endométriose utérine (Dr. VERMES).

Convalescence assez longue.

Revue en juin 1956, la malade se porte bien.

A signaler qu'en 1959, à la suite d'un effort, elle fait une hématurie, puis nous est adressée quelque temps après pour une fistule vésico-vaginale en apparence spontanée.

Examen : L'orifice de la fistule se trouve sur la paroi antérieure du vagin, très près de la cicatrice d'hystérectomie totale effectuée en 1955.

Une cystoscopie est effectuée qui montre bien la fistule ; pas de lésion d'endométriose vésicale.

Intervention : le 3.7.59.

OBSERVATION N° V

Madame TAV..., 26 ans, consulte une première fois au mois de septembre 1955 pour :

- retard de règles en juillet et par ailleurs pertes peu abondantes et prolongées.

Traitement par Proluton Oestradiol en août et septembre qui entraîne deux cycles réguliers normaux.

examen : col petit - gros utérus dur et fibreux - culs de sac souples et indolores.

antécédents : 2 enfants vivants - 1 mort né après placenta praevia pour lequel elle subit une césarienne en 1949.

Par ailleurs, cycles réguliers et normaux.

Revient consulter le 11.2.1956 pour :

- des douleurs très violentes des deux fosses iliaques sans rythme particulier.

On pense à une ovarite scléro-kystique à l'examen.

Intervention le 16.2.1956 : incision transverse sur la cicatrice de césarienne - On trouve deux gros ovaires scléro-kystiques.

Dans la paroi abdominale, on découvre un kyste noirâtre de la grosseur d'une cerise qui évoque un endométriome. Hystérectomie subtotale sans conservation ovarienne.

Histologie : confirme l'existence d'une endométriose dans la cicatrice de césarienne (Dr. VERMES).

Depuis, la malade va bien.

OBSERVATION N° VI

Madame ROU..., 37 ans, consulte la première fois en 1954 pour :

- des ménorragies
- une dysménorrhée avec légère dysurie au moment des règles.

N'a jamais eu de grossesse.

Examen : on trouve 3 noyaux fibromateux douloureux. L'intervention est envisagée alors.

Revient consulter une seconde fois le 11.10.1955 pour :

- dysménorrhée très importante
- ménorragies.

Examen : utérus parsemé de noyaux fibromateux.

Intervention le 26.10.1955 : on trouve plusieurs noyaux fibromateux - des annexes gauches très adhérentes au colon avec un kyste hématique. Un endométriome est envisagé. Une myomectomie avec ablation des annexes gauches est effectuée.

Histologie : confirme l'endométriose ovarienne (Dr. VERMES).

Madame ROU... est revue le 6.3.56 - elle se plaint alors de petites lombalgies ; elle est normalement réglée et ne souffre plus du ventre. L'examen gynécologique est normal.

OBSERVATION N° VII

Madame LEL..., 27 ans, est adressée dans le service début octobre 1956 pour :

- dysménorrhée intense droite

Examen : col sain - utérus de volume normal - Il existe un gros ovaire droit douloureux faisant songer à une ovarite scléreuse.

Antécédents : cycles réguliers - pertes normales - 1 grossesse normale - annexectomie gauche en 1944 pour kyste de l'ovaire avec présence de sang dans l'abdomen (pas de vérification histologique retrouvée).

En 1946, opération pour tumeur cérébrale bénigne.

Intervention le 14.10.1955 : absence d'annexes gauches - sigmoïde très adhérent à l'utérus - Sur l'ovaire droit : existence d'une tumeur kystique de la grosseur d'une mandarine, à contenu hématique rappelant une lésion d'endométriose.

Annexectomie droite - appendicectomie - libération des adhérences.

Histologie : apporte la preuve d'un foyer d'endométriose ovarienne (Dr. VERMES).

Madame LEL... est revue le 26.11.1956 pour bouffée de chaleur. Le syndrôme douloureux a disparu. Un traitement médical est alors institué.

OBSERVATION N° VIII

Madame VAL..., 36 ans, consulte le 21.4.1956 pour :

- dysménorrhée très violente
- pertes blanches

Examen : existence d'une cervicite - corps utérin en rétroflexion fixée - culs de sac souples.

Antécédents : avait déjà été examinée en 1944 à l'âge de 25 ans, alors qu'elle était jeune fille, pour des dysménorrhées importantes l'obligeant à rester couchée le 1er jour de ses règles. Mariée en 1946 - 2 enfants par accouchements normaux.

Intervention le 2.5.1956 : grosses lésions annexielles gauches avec un gros kyste hématique adhérent au colon, au ligament large. Ovaire scléreux à droite. Une hystérectomie totale sans conservation ovarienne est pratiquée.

Histologie : révèle qu'il s'agit d'une endométriose de l'ovaire gauche (Dr. VERMES).

Depuis l'intervention, Madame VAL... va bien. Elle n'a accusé que quelques petits troubles en rapport avec la castration.

OBSERVATION N° IX

Madame REIB..., 35 ans, consulte en mai 1956 pour :

- dysménorrhées importantes
- règles peu abondantes

Examen : gros col métritique - kyste de la grosseur d'une noix dans le cul de sac vaginal gauche.

Antécédents : Avait déjà été vue pour le même syndrome avec présence du même kyste. Une hystérographie pratiquée alors montrait une cavité utérine normale - une oblitération de la trompe gauche - une sténose à droite.

Une grossesse normale il y a 6 ans

Pas de fausse couche.

Cycles de 21 jours, règles peu abondantes.

Métrite avec pelvi-péritonite en 1945.

Intervention le 17.5.1956 ; lésions annexielles bilatérales avec présence de kystes hématiques, très adhérentes au rectum à droite. Hystérectomie subtotale sans conservation annexielle.

Histologie : révèle l'existence de lésions d'endométriose bilatérale (Dr. VERMES).

L'intervention entraîne la totale disparition du syndrome douloureux.

OBSERVATION N° X

Madame DAS..., 43 ans, consulte le 3.5.1956 pour :

- douleurs brutales intenses au niveau de la fosse iliaque droite.

- accuse un long passé de dysménorrhée.

Examen : Col normal - gros utérus fibromateux - gros kyste de l'ovaire droit - toucher vaginal très douloureux.

Antécédents : cycles réguliers de 29 jours - ménorragies habituelles - pas de fausse couche . - 3 enfants.

Tuberculose pulmonaire diagnostiquée en 1950 pour laquelle elle a eu un pneumothorax puis un traitement médical.

Intervention : le 4.5.1956 : sang dans le cul de sac de Douglas - gros kyste hématique de l'ovaire droit rappelant une endométriose.

Hystérectomie totale sans conservation annexielle.

Histologie : confirme la nature endométriale du kyste au niveau de l'ovaire droit (Dr. VERMES).

Depuis, va très bien, en particulier ne se plaint d'aucune douleur.

OBSERVATION N° XI

Madame BAR..., 35 ans, vient consulter le 7.7.1956 car :
depuis 3 semaines, elle ressent de violentes douleurs lombo-abdominales sans rythme particulier.

- pertes blanches
- asthénie
- les dernières règles ont été très abondantes.

Examen : gros col sain - gros utérus en retroversion - douleur au niveau du cul de sac vaginal gauche.

Antécédents : une fille - deux fausses couches suivies de curetage - petites métrorragies au 14 ème jour du cycle - cycle de 23 jours, perd pendant 4 jours.

Rien d'autre.

Intervention : rétroversion utérine - annexes droites adhérentes au ligament large.

Entre le sigmoïde et la face postérieure du ligament large, à droite, on note l'existence d'une petite masse noirâtre que l'on retire : on pense à un endométriome.

Hystérectomie subtotale avec conservation des annexes gauches.

Histologie : confirme la nature endométriale (Dr. VERMES).

Revue l'année suivante : la malade se plaint de lombalgies - petites pertes blanches et asthénie.

L'examen gynécologique est normal - un traitement médical est institué.

Revue une nouvelle fois en 1964, Madame BAR... allait bien.

OBSERVATION N° XII

Madame BRA..., 33 ans, consulte le 20.X.1956 pour :

- douleurs hypogastriques sans rythme particulier, apparues il y a quelques mois, progressivement plus importantes.

Examen : gros utérus mobile - régulier - fibrome probable - perd un peu de sang - col normal.

Un examen biologique de grossesse est effectué ; il est négatif.

Antécédents : 1 grossesse normale - des cycles réguliers de 30 jours - pertes pendant 8 jours.

Intervention le 31.10.1956 : l'utérus est le siège d'un très gros fibrome.

Au niveau du cul de sac de Douglas, petit noyau noirâtre à contenu hématique : on pense à un endométriome.

Hystérectomie totale avec conservation ovarienne.

Histologie : confirme qu'il s'agit d'un endométriome (Dr. VERMES).

Résultat de l'intervention : les douleurs hypogastriques ont complétement disparu.

OBSERVATION N° XIII

Madame BID..., 30 ans, consulte le 18.3.1957 car :

- depuis un an, après électro-coagulation du col, a présenté d'abord :

- une aménorrhée, puis des ménorragies.

Examen : on note un gros ovaire droit kystique.

Antécédents : bien réglée avant - 2 accouchements normaux.

Intervention le 21.6.1957 : On découvre sur la face postérieure de l'isthme quelques noyaux noirâtres, faisant penser à une endométriose.

On fait : un cloisonnement du Douglas, une résection du nerf présacré, une ablation de l'ovaire droit kystique.

Histologie : confirme qu'il s'agit bien d'un endométriome (Dr. VERMES).

Après l'intervention, les ménorragies disparaissent, mais les cycles restent irréguliers.

OBSERVATION N° XIV

Madame POIS..., 33 ans, consulte le 30.3.1957 pour :

- dysménorrhée très violente, surtout à la fin des règles.

Examen : col gros - corne gauche utérine déformée par une petite masse un peu sensible.

Antécédents : 3 enfants - deux fausses couches suivies de curetage.

Revient le 4.5.1957 : syndrome identique avec dysménorrhée encore plus violente et douleurs mictionnelles.

Intervention le 15.5.1957 : utérus marbré - noyau fibromateux de la corne utérine gauche - ablation de ce noyau - Résection du nerf présacré.

Histologie : révèle la présence d'un léiomyome et d'une endométriose (Dr. VERMES).

Depuis l'intervention, la dysménorrhée a disparu.

OBSERVATION N° XV

Madame DUR..., 42 ans, consulte le 19.10.1957 pour :

- des dysménorrhées importantes, à droite
- sur les 4 derniers mois :
  - pas de règles les deux premiers
  - règles de 6 jours les deux suivants

Réglée normalement avant.

Antécédents : mariée depuis 10 ans - sans enfant - rien d'autre à noter.

Examen : Utérus fibromateux - présence d'un kyste annexiel à droite.

Intervention le 23.10.1957 : fibrome utérin diffus. Kyste à contenu hématique de l'ovaire droit, évoquant une lésion d'endométriose.

Hystérectomie totale avec conservation de l'ovaire gauche.

Histologie : confirme l'endométriose (Dr. VERMES).

Résultat : l'opération entraîne la disparition de la dysménorrhée.

OBSERVATION N° XVI

Madame BIL..., 36 ans, nous est adressée le 7.1.1958 pour :

- fibrome à noyaux multiples avec troubles de compression vésicale.

Examen : utérus fibromateux - culs de sac vaginaux souples - col sain.

Antécédents : cycles réguliers, tendance à l'hyperménorrhée.

Pas d'enfant - pas de fausse couche.

Intervention le 10.1.1958 : fibrome à noyaux multiples dont on fait l'ablation des plus gros.

Hystérectomie subtotale avec conservation des ovaires.

Histologie : montre l'existence d'un léiomyome associé à une endométriose interne.

L'histoire de cette malade et de son endométriose ne s'arrête pas là puisqu'en :

mars 1965 : cette dame alors âgée de 43 ans nous est adressée par son médecin pour :

- douleurs hypogastriques violentes et présence d'une tumeur pelvienne avec fistule vaginale.

Coelioscopie : on voit deux grosses tumeurs ovariennes noirâtres et dans le cul de sac de Douglas, une lésion de la taille d'une petite noix, très dure, violacée, en partie fistulisée dans le vagin : on pense qu'il s'agit de lésion d'endométriose.

Un curetage de l'endocol ramène des fragments comportant des lésions du même type.

Histologie : confirme la nature endométriale (Dr. VERMES)

Intervention par voie haute le 26.3.1965 : ablation de deux grosses tumeurs ovariennes à contenu hématique.

Ablation du col restant et d'un gros nodule latéro-vaginal englobant le paramètre jusqu'à la paroi représentant un foyer endométrial.

Existence d'un nodule de la face antérieure de l'ampoule rectale à la jonction 1/3 moyen 1/3 inférieur, de la taille d'une noix : endométriome sans aucun doute que l'on enlève partiellement.

Péritoine et intestin normaux.

La malade est mise au traitement par Lynestrenol et Mestranol.

Elle est revue le 6.11.1965 : il persiste de petites douleurs pelviennes et des pesanteurs. Le nodule de la paroi antérieure du rectum est en nette régression. Le traitement médical est poursuivi.

OBSERVATION N° XVII

Madame HOU..., 47 ans, est adressée dans le service au début de janvier 1958 pour :

- méno-métrorragies
- fibrome utérin

Examen : utérus fibromateux - perte de la souplesse du cul de sac vaginal gauche - col normal.

Antécédents : aucun antécédent pathologique - a eu une fille ; n'a jamais fait de fausse-couche.

Intervention le 10.1.1958 ; l'utérus est le siège de plusieurs fibromes - sur le péritoine du sigmoïde et du pelvis on remarque l'existence de petites nodosités noirâtres : adhérences recto-vaginales : on pense à une endométriose.

Hystérectomie totale avec conservation ovarienne.

Histologie montre qu'il s'agit bien d'une endométriose pelvienne (Dr. VERMES).

Madame HOU..., revue en avril 1966, se porte bien n'accusant aucun trouble.

OBSERVATION N° XVIII

Madame HU..., 42 ans, consulte fin mars 1958 pour :

- un kyste de l'ovaire droit avec dysménorrhée

Examen : confirme la présence de ce kyste.

Antécédents : 1 accouchement normal - pas de fausse-couche - rien d'autre par ailleurs - cycles réguliers de 28 jours, perd pendant 4 jours.

Intervention le 1.4.1958 : gros kyste de l'ovaire droit dont la partie inférieure adhère au rectum ; en outre, coexiste un kyste chocolat type endométriose.

Ovaire gauche normal - ablation des annexes droites.

Histologie : confirme l'existence d'une endométriose (Dr. VERMES).

L'intervention entraîne la disparition de la dysménorrhée.

La malade est revue le 24.5.1964 pour de petites métrorragies.

Examen : on découvre une petite exulcération saignante de la lèvre antérieure du col. La biopsie montre qu'il s'agit d'une ulcération banale, sans signe de malignité (Dr. VERMES).

OBSERVATION N° XIX

Madame BOU..., 35 ans, consulte le 1.8.1958 pour :

- des douleurs au niveau de la fosse iliaque droite apparues depuis 2 ans, sans rythme particulier.

Examen : On sent un petit kyste ovarien à droite. Le toucher vaginal est très douloureux.

Antécédents : 2 enfants - cycles réguliers - rien d'autre.

Intervention le 3.8.1958 : au niveau de l'ovaire droit qui est adhérent, existe un kyste chocolat rappelant un endométriome.
Existence d'un kyste folliculaire sur l'ovaire gauche. On fait une annexectomie droite et une ovariectomie partielle à gauche.

Histologie : confirme l'endométriose (Dr. VERMES).

Résultat de l'intervention : disparition des douleurs abdominales.

OBSERVATION N° XX

Madame VER..., 46 ans, est adressée par un gynécologue le 19.11.1958 pour :

- prurit vulvo-anal, dyspareunie et présence d'une petite zone douloureuse et irrégulière à droite, entre le rectum et le vagin.

Examen : confirme le prurit et l'induration de la cloison recto-vaginale.

Antécédents : a eu 3 enfants - a subi une hystérectomie vaginale en 1954 pour

Intervention le 6.1.1959 : décollement du vagin : on découvre une masse indurée avec granulations chocolat : on pense macroscopiquement à une endométriose : ablation de cette masse.

Histologie : confirme l'endométriose (Dr. VERMES).

Depuis l'intervention, Madame VER... se porte bien.

OBSERVATION N° XXI

Madame LAP..., 40 ans, vient consulter une première fois le 3.9.1957 pour :

- des douleurs abdominales fréquentes, hypogastriques sans périodicité remarquable et troubles urinaires à type de mictions douloureuses.

Examen : gros utérus rétroversé, douloureux.

Revient le 22.11.1958 pour :

- ménorragies importantes
- syndrome douloureux hypogastrique très intense

Examen : on retrouve un utérus fibromateux.

Antécédents : pas d'enfant - pas de fausse-couche.

Intervention le 3.12.1958 : existence d'un gros fibrome et d'une nodosité chocolat du Douglas : on pense qu'il s'agit d'une lésion d'endométriose.

Hystérectomie totale avec conservation des annexes.

Histologie : confirme l'endométriose (Dr. VERMES).

L'intervention entraîne la disparition du syndrome douloureux.

La malade est revue une première fois en 1960 pour :

- des migraines et de petits troubles du caractère.

Examen : normal.

Traitement médical institué.

Une seconde fois en 1961 pour hématurie. Une urographie intra-veineuse puis une cystoscopie se révèlent normales, tout comme le bilan humoral.

Cette hématurie cesse spontanément et depuis, la malade, qui est régulièrement suivie, va très bien.

OBSERVATION N° XXII

Madame BAL..., 48 ans, est adressée dans le service le 3.4.1959 pour :

- fibrome avec apparition récente de douleurs pelvi-abdominales et augmentation de volume du fibrome.

Examen : confirme l'existence d'un fibrome douloureux au toucher vaginal.

L'intervention est envisagée.

Antécédents : 1 enfant - pas de fausse-couche - cycles irréguliers depuis quelques années.

Intervention au mois de mai 1959 : on découvre un léiomyome multilobé et des lésions kystiques tubo-ovariennes gauches à contenu hématique.

Hystérectomie totale avec conservation de l'ovaire droit.

Histologie : révèle l'existence d'une endométriose au niveau du fragment tubo-ovarien (Dr. VERMES).

Le syndrome abdominal douloureux a disparu après l'intervention.

A été revue en juin 1966. Madame BAL... va bien, ne présente qu'une petite hypertension artérielle.

OBSERVATION N° XXIII

Madame DREF..., 28 ans, consulte le 6.6.1959 pour :

- dysménorrhées importantes
- depuis quelques cycles les douleurs deviennent insupportables.

Antécédents : mariée depuis 6 ans, sans enfant - cycles réguliers de 28 jours, pertes durant 4 jours.

Examen : Tumeur utérine, irrégulière, lisse, indolore de la grosseur d'un pamplemousse ; il s'agit surement d'un fibrome.

On décide l'intervention, surtout pour essayer d'apporter un traitement à la stérilité.

Intervention le 24.6.1959 : ablation du fibrome - Sur la trompe gauche, près de l'ampoule, on découvre plusieurs nodosités noirâtres.

Le sigmoïde est adhérent à l'utérus. On prélève un fragment de péritoine sigmoïdien. On fait une résection du nerf pré-sacré.

Histologie : montre la présence d'un foyer d'endométriose sur la trompe gauche et sur le péritoine sigmoïdien (Dr. VERMES).

La malade est revue le 25.VII.1959. Elle n'a pas eu de règles, ne souffre plus. L'examen est normal.

OBSERVATION N° XXIV

Madame AUC..., 55 ans, consulte le 23.6.1959 car, depuis quelques mois elle présente des pertes sanglantes et des douleurs pelviennes.

Examen : gros utérus fibromateux et qui saigne.

Antécédents : Ménopausée il y a 4 ans - a eu un fils - rien d'autre.

Intervention le 26.6.1959 : gros fibrome, annexes adhérentes en arrière au sigmoïde.

Hystérectomie totale sans conservation.

Histologie : Endométriose utérine associée à un léiomyome (Dr. VERMES).

Résultat de l'intervention : disparition de tous les symptômes.

OBSERVATION N° XXV

Madame BIL..., 47 ans, est adressée dans le service le 5.12.1959 pour :

- ménorragies importantes depuis 6 ans.

Examen : col normal - utérus fibreux irrégulier, augmenté de volume.

Hystérographie : image lacunaire de l'isthme

Antécédents : 2 enfants - cycles normaux - rien par ailleurs.

Intervention le 17.12.1959 : on découvre des kystes hématiques des deux ovaires - plusieurs myomes utérins.

Hystérectomie totale sans conservation annexielle.

Histologie : les fragments ovariens sont le siège d'une endométriose (Dr. VERMES).

L'intervention entraîne la disparition de toutes les manifestations.

OBSERVATION N° XXVI

Madame FOUR..., 47 ans, consulte fin février 1960 pour :

- douleurs hypogastriques intenses sans rythme particulier.

Examen : col gros - utérus en retroversion avec noyau sur la face postérieure, enclavé dans le Douglas.

Antécédents : a eu deux enfants - cycles réguliers tous les 28 jours, perd pendant 4 jours.

En 1955, était déjà venu consulter pour troubles vésicaux à type de pollakiurie avec dysurie. Une urographie intra-veineuse avait alors montré des signes de compression extrinsèque de la vessie.

Intervention le 14.3.1960 : gros utérus rétroversé, annexes gauches adhérentes à la face postérieure de l'utérus avec kyste hématique ovaro-tubaire. On songe à une endométriose.

Hystérectomie subtotale avec conservation annexielles droite.

Histologie : confirme l'endométriose (Dr. VERMES).

La malade va bien jusqu'au 13 janvier 1962 où elle est admise dans le service, en urgence, pour :

- violentes douleurs hypogastriques et de l'hypocondre gauche.
- petites métrorragies.

Examen : prolapsus du col qui est gros, entrouvert et saignant.

Intervention : ablation du col et fixation du dome vaginal au disque L5-S1.

Depuis, la malade va bien.

OBSERVATION N° XXVII

Madame BESS..., 36 ans, nous est adressée le 19.10.1960 pour :

- ménorragies depuis quelques cycles
- fibrome
- douleurs pelviennes intermittentes sans rapport avec les règles.
- de plus, le mois précédent, la malade a présenté de petites métrorragies quinze jours après les règles.

Examen : col normal - utérus augmenté de volume, fibromateux, dévié à gauche, un peu douloureux.

Antécédents : a eu 3 enfants - a toujours été bien réglée tous les 30 jours pendant 4 jours. Rien d'autre par ailleurs.

Intervention le 12.11.1960 : on découvre plusieurs petits fibromes utérins - une série de kystes accolés dans le feuillet gauche du méso-sigmoïde à contenu séreux et chocolat ayant l'aspect d'une endométriose ; même lésion sur l'ovaire droit.

Hystérectomie totale avec conservation de l'ovaire gauche.

Histologie : confirme l'endométriose des annexes droites (Dr. VERMES)

Revue le 6.1.1961 pour bouffée de chaleur. Ne se plaint de rien d'autre. L'examen est normal - traitement médical.

Madame GRA..., 30 ans, nous est adressée le 27.10.1960 pour :

- syndrome douloureux hypogastrique permanent avec dysménorrhée intense, à la fin des règles surtout.
- dyspareunie.

Examen : col petit - gros utérus rétroversé - le toucher vaginal réveille une douleur vive à droite où le paramètre est le siège d'une infiltration.

Antécédents : 4 enfants : règles normales - rien d'autre par ailleurs.

Intervention le 3.11.1960 : présence de liquide séro-sanglant dans le péritoine. L'utérus est gros, rétroversé, kyste folliculaire de l'ovaire gauche. On remarque de petites nodosités noirâtres dans le Douglas que l'on prélève. On pense à une endométriose. Résection du nerf pré-sacré, de la trompe gauche. Ablation d'un fragment du kyste de l'ovaire gauche.

Histologie : confirme l'endométriose du cul-de-sac de Douglas (Dr. VERMES)

Va bien jusqu'en 1962 où elle consulte pour :

- dysménorrhée avec ménorragie et début d'obésité.

Examen : on trouve un petit myome du bord gauche de l'utérus. Un traitement médical est institué.

La malade revient le 12.11.1964 pour :

- petites métrorragies, sensations intermittentes de coliques expulsives.

Examen : on retrouve un myome assez gros du bord gauche de l'utérus - douloureux.

Myomectomie le 20.11.1964. Pas de lésion de type endométriose au niveau du Douglas.

Depuis, elle va bien.

OBSERVATION N° XXIX

Madame BEE..., 35 ans, est adressée dans notre service fin octobre 1960 pour :

- dysménorrhées très violentes
- cette femme a depuis longtemps des douleurs lors de ses

règles, mais une aggravation progressive est apparue depuis environ 1 an.

- elle signale quelques pertes vaginales jaunâtres.

Examen : très gros utérus fibromateux - incliné à droite - le toucher vaginal est très douloureux.

Antécédents : a eu 3 enfants - réglée normalement tous les 28 jours pendant 5 jours.

Intervention : le 3.11.1960 : fibrome utérin - tumeurs kystiques des deux ovaires très adhérents au sigmoïde et au rectum. On fait une hystérectomie totale sans conservation ovarienne.

Histologie : montre que ces lésions kystiques sont de nature endométriale (Dr. VERMES).

Résultat thérapeutique : disparition de tous les troubles.

OBSERVATION N° XXX

Madame PER..., 29 ans, est adressée dans le service le 15.11.1960 pour :

- des douleurs paroxystiques du petit bassin survenant quelques jours après la fin des règles.

- déficience de l'état général.

Examen : col normal - annexes très sensibles au toucher vaginal, on perçoit une induration de toute la région.

Antécédents : a eu un enfant - pas de fausse-couche - cycles réguliers, normaux de 28 jours.

Intervention le 21.1.1961 : kyste ovarien droit à contenu goudron, type endométriome. Au fond du cul de sac de Douglas, présence d'une masse indurée reliant le rectum à l'utérus formée de kystes à liquide goudron évoquant une endométriose.

Ovariectomie droite - prélèvement des lésions du cul de sac de Douglas.

Histologie : confirme la nature endométriale des deux lésions (Dr. VERMES)

La malade est mise au traitement médical par Méthandriol qu'elle suit pendant 18 mois.

Ses règles n'ont pas été modifiées, son état général est bon.

Revient consulter le 2.1.1965 car :

- depuis 6 mois ses règles sont devenues peu à peu plus abondantes durant plus longtemps.

On note l'existence de quelques pesanteurs pelviennes.

Examen : l'utérus est un peu augmenté de volume. On note une induration transverse du cul de sac de Douglas. Le col est sain par ailleurs.

Coelioscopie : les trompes et l'ovaire gauche sont normaux. Aucune lésion d'endométriose pelvienne n'est visible.

Un frottis cervico-vaginal pratiqué ne révèle rien.

La malade est mise au traitement par la méthyl oestrénolone, puis la Noréthindrone.

Revue le 16.4.1965 : l'examen gynécologique est identique.

Les troubles se sont atténués.

En juin 1966 : va bien.

OBSERVATION N° XXXI

Mademoiselle TOUL..., 53 ans, consulte en décembre 1960 pour kyste de l'ovaire gauche, se plaint de :

- douleurs pelviennes
- troubles des règles
- irrégularité des cycles.

Examen : col sain - on perçoit un myome du fond utérin et un kyste de l'ovaire gauche de la grosseur d'une noix.

Antécédents : Bien réglée - cycles de 30 jours - aucun antécédent gynéco-obstétrical - rien d'autre par ailleurs.

Intervention le 3.12.1960 : myome pédiculé du fond utérin ; kyste à contenu chocolat de l'ovaire gauche rappelant un endométriome. Hystérectomie totale sans conservation annexielle.

Histologie : endométriose de l'ovaire (Dr. VERMES)

L'intervention entraîne la disparition des troubles.

OBSERVATION N° XXXII

Madame MUZ..., 39 ans, consulte au mois d'avril 1961 pour :

- des douleurs de la fosse iliaque droite survenues progressivement depuis sa dernière opération (opérée d'un kyste de l'ovaire droit en 1953).

Depuis quelques mois, ces douleurs deviennent de plus en plus vives.

Examen : culs de sac souples - présence d'un kyste de l'ovaire droit - utérus paraissant normal - douleur au palper de la fosse iliaque droite. Col sain, normal.

Antécédents : Opérée d'une grossesse extra-utérine en 1949 - Ablation d'un kyste de l'ovaire droit en 1953 - Aucune grossesse normale.

Intervention le 3.5.1961 : au niveau de la corne utérine droite, kyste de la grosseur d'un abricot, à contenu goudron, ayant l'aspect d'une endométriose, adhérent au péritoine vésical. Extirpation - libération des adhérences.

Histologie : "formation kystique d'origine folliculaire, existence d'un kyste entéroïde" (Dr. VERMES).

Devant cette réponse, nous demandons un nouvel examen des lames, car, macroscopiquement, l'endométriose ne faisait pas de doute.

Après avoir revu les lames, l'histologiste confirme sa première interprétation.

Nous demandons alors l'examen du reste de la pièce opératoire et cette fois, l'existence d'une zone d'endométriose est confirmée.

Depuis l'intervention, le syndrome douloureux a disparu.

Madame GRU..., 38 ans, consulte en juin 1961 pour :

- ménorragies
- fond douloureux permanent de l'hypogastre avec exacerbation de ce syndrome au moment des règles.

Examen : col normal - présence d'un myome utérin - gros ovaires kystiques.

Antécédents : une fille de 14 ans - pas de fausse-couche appendicectomie pendant l'enfance - cycles réguliers de 30 jours, pertes durant 8 jours, abondantes.

Intervention 6.6.1961 : gros myome - d'autre part, endométriose ovarienne bilatérale - Hystérectomie subtotale sans conservation ovarienne.

Histologie : l'utérus est le siège d'un léiomyome associé à une endométriose réalisant l'adénomyome de Recklinghausen (Dr. VERMES).

Au niveau des ovaires, foyer d'endométriose associé à des kystes folliculaires.

L'intervention apporte un important soulagement. Cependant la malade ressent encore des pesanteurs pelviennes par intermittence.

Madame BOU..., 34 ans, consulte le 13.6.1961 pour :

- douleurs hypogastriques et lombaires apparues il y a plusieurs mois, sans rythme particulier.
- les règles sont peu abondantes et sur le fond douloureux permanent sont apparues, depuis deux cycles, des dysménorrhées.

Examen : très gros utérus en rétroversion - myome utérin - col normal - douleur au toucher vaginal -

Une réaction de grossesse est négative.

Antécédents : une fille de 10 ans - pas de notion de fausse-couche - bien réglée auparavant.

Intervention le 21.6.1961 : gros fibrome utérin - kyste hématique de l'ovaire droit évoquant une endométriose.

Hystérectomie subtotale avec conservation de l'ovaire gauche.

Histologie : montre qu'il s'agit bien d'une endométriose de l'ovaire (Dr. VERMES).

Résultat de l'intervention : disparition des phénomènes douloureux.

OBSERVATION N° XXXV

Madame HIR..., 49 ans, nous est adressée en juillet 1961 pour :

- dysménorrhées très violentes avec ménorragies

Examen : gros col dur avec polype - gros corps utérin douloureux.

Antécédents : 3 enfants - une fausse couche à l'âge de 20 ans - appendicectomie à 14 ans - cycles réguliers de 25 jours - aucun autre antécédents.

Intervention : 4.8.1961 : gros utérus fibromateux - hystérectomie totale avec conservation ovarienne.

Histologie : endométriose associée à un léiomyome réalisant l'adénomyome de Recklinghausen (Dr. VERMES).

Après l'intervention, la malade va bien jusqu'au 18.10.63 où elle revient consulter pour des cystalgies.

L'examen ne découvre qu'une petite cystocèle et rien d'autre.

Revient le 11.5.1963 pour douleurs en fin de miction et pesanteur périnéale. L'examen est négatif.

Une urographie intra-veineuse, ainsi qu'un examen cysto-bactériologique des urines ne révèlent rien d'anormal.

Une cystoscopie pratiquée est normale aussi.

Revient encore le 19.12.1963 se plaignant cette fois de douleurs abdominales l'empêchant de travailler.

L'examen clinique est négatif. On retient surtout le contexte psychique.

Une nouvelle fois, le 7.3.1964, la malade consulte pour des lombalgies. l'examen clinique est normal.

Un traitement médical sédatif est institué. Depuis, elle va bien.

OBSERVATION N° XXXVI

Madame GEND..., 32 ans, consulte fin octobre 1961 pour :

- des douleurs de la fosse iliaque droite
- très intenses depuis quinze jours, accompagnées de nausées ; constipation, pas de fièvre.

Examen : au spéculum : normal - toucher vaginal : on trouve une masse annexielle droite : on pense à un kyste de l'ovaire.

Une hystérographie est pratiquée le 21.10.1961 : utérus de volume normal - refoulé, basculé à gauche ; isthme long, trompes injectées, pas d'image de myome.

Antécédents : a une fille de 4 ans - règles normales, tous les 28 jours.

Intervention le 4.11.1961 : kyste ovarien droit, de la grosseur d'un pamplemousse, à contenu hématique.

Petit myome de la face postérieure de l'utérus.

Ablation de l'ovaire droit et ablation du myome.

Histologie : montre qu'il s'agit d'une endométriose de l'ovaire, d'un léiomyome associé à une endométriose interne (Dr. VERMES).

Résultat : l'intervention entraîne la disparition du syndrome douloureux et digestif.

OBSERVATION N° XXXVII

Madame PIL..., 26 ans, nous est adressée le 17.2.1962 pour :

- dyspareunie
- induration de la cloison recto-vaginale avec polype intra-vaginal
- raccourcissement des deux derniers cycles à 21 jours.

Examen : kyste de la face postérieure du vagin au sommet d'une induration de la cloison recto-vaginale.

Rien d'autre - les lésions évoquent beaucoup une endométriose.

Antécédents : a eu deux accouchements normaux - cycles réguliers de 28 jours auparavant, avec un petit syndrome prémenstruel.

Intervention le 23.2.1962 : on pratique : une ablation du kyste vaginal - une biopsie de la zone indurée - un curetage biopsique.

Histologie : muqueuse utérine normale - kyste et zone indurée sont effectivement des lésions d'endométriose (Dr. MORICARD).

La malade est revue le 31.3.1962 : elle a eu ses règles, abondantes.

Examen : il existe toujours une induration du cul de sac postérieur.

Revue le 23.6.1962 : les règles sont moins abondantes : cycles de 25 jours. L'induration recto-vaginale persiste.

Le 6.10.1962. Les cycles sont de même longueur ; on note l'apparition d'une petite formation polypoïde du vagin.

La malade est perdue de vue.

Elle subit en mai 1965 une hystérectomie totale pour métrorragies importantes dans un autre centre hospitalier.

Elle est revue le 28.5.1966. Son état général est excellent. Elle ne présente aucune douleur. Le vagin est souple.

OBSERVATION N° XXXVIII

Madame JUB..., 39 ans, consulte en 1962 au mois de février car :

- depuis quelques mois, sont apparues des douleurs abdominales et lombaires, surtout à gauche, surtout après les règles. Il existe de petites pertes blanches d'autre part.

Examen : petit utérus en antéversion, mobile.

à gauche : grosse masse kystique annexielle

à droite : petite masse kystique annexielle également, gros col déchiré.

Antécédents : a eu deux filles - une fausse couche en 1960 - cycles irréguliers - rien d'autre part ailleurs.

Intervention le 2.3.1962 : kystes hématiques des deux ovaires de type endométriose ; il est très gros à gauche, adhérent au sigmoïde.

Hystérectomie totale, sans conservation ovarienne.

Histologie : plages d'endométriose ovarienne, mais par place, formation entéroïde possible. La surveillance s'impose (Dr. VERMES).

Revient consulter le 12.4.1962 : va très bien. Le syndrome douloureux a complétement disparu.

OBSERVATION N° XXXIX

Madame RANT..., 32 ans, nous est adressée en juillet 1962 pour :

- douleur de la région hypogastrique apparue il y a six mois, surtout intense le matin, sans rapport avec les règles, sans troubles urinaires.

Examen : on découvre une masse retro-utérine, du volume d'une orange, fixée, indolore - col normal.

Antécédents : a eu 3 enfants - pas de fausse-couche - cycles réguliers de 28 jours, pertes pendant 5 jours.

Intervention le 13.7.1962 : présence d'un kyste de l'ovaire gauche, hématique, à la coupe faisant penser à une endométriose. Utérus normal.

Ablation des annexes gauches.

Histologie : confirme l'existence de l'endométriose (Dr. VERMES).

L'intervention entraîne la disparition des manifestations douloureuses.

OBSERVATION N° XL

Madame BILL..., 46 ans, nous est adressée en juillet 1962 pour :

- une tumeur de l'aine gauche, de volume variable augmentant avec les règles, de la taille d'une cerise, sensible à la palpation.

Examen : tumeur dure, sensible, mal limitée, paraissant fixée en profondeur, adhérent à l'os.

Toucher vaginal normal -

Une radiographie du bassin ne montre pas de lésion osseuse.

On pense alors qu'il s'agit d'une endométriose.

Antécédents : a eu deux enfants - cycles réguliers, normaux - aucun antécédent pathologique.

Intervention le 23.7.1962 : kyste hématique du ligament rond, ayant l'aspect typique d'un foyer d'endométriose : extirpation large.

Histologie : endométriose (Dr. VERMES).

L'intervention entraîne la disparition définitive de la tumeur.

La malade est revue en 1966. Elle se porte bien, n'accuse aucun trouble. Elle est ménopausée.

OBSERVATION N° XLI

Madame KL..., 58 ans, nous est adressée le 27.9.1962 pour :

- métrorragies
- polype accouché par le col

chez une femme ménopausée depuis 10 ans.

Examen : on retrouve le polype - petite métrorragie - col utérin paraissant normal à l'examen -

Antécédents : mariée depuis 39 ans - 2 fausses couches - 3 accouchements normaux.

Intervention le 1.10.1962 : ablation du polype et curetage biopsique qui ramène des fragments d'apparence tumorale.

Histologie : montre un endomètre suspect de transformation néoplasique.

L'hystérectomie totale est décidée.

Intervention le 18.10.1962 : Opération de Wertheim avec lymphadénectomie iliaque bilatérale.

Pièce opératoire soumise à l'examen anatomo-pathologique : muqueuse atrophiée - image d'endométriose interne - ganglion : petite hyperplasie réticulaire et lymphoïde (Dr. VERMES).

Revue en 1966 : Madame KL... se porte parfaitement bien depuis son intervention.

OBSERVATION N° XLII

Madame GUY..., 49 ans, consulte en mars 1963 pour :

- des dyménorrahées très violentes. Ces douleurs existent depuis plusieurs années, mais leur intensité s'est progressivement accrue. Elles s'accompagnent d'une sensation de pesanteur vésicale.

Examen : gros col exulcéré. Utérus avec myome bloquant le pelvis - encloué dans le cul de sac de Douglas.

Antécédents : a eu deux enfants - pas de fausse couche - appendicectomie - pas d'autres antécédents - cycles réguliers.

Intervention le 29.3.1963 : grosse tumeur kystique de l'ovaire droit, à contenu hématique, enclavée dans le cul de sac de Douglas, ayant l'aspect d'un foyer d'endométriose.

Existence de plusieurs fibromyomes utérins.

Hystérectomie totale sans conservation annexielle.

On aperçoit alors l'existence d'une petite tumeur en virole de la partie descendante du sigmoïde : sans aucun doute s'agit-il d'une endométriose : on n'y touche pas puisque la femme est castrée.

Histologie : endométriose ovarienne (Dr. VERMES).

Depuis l'intervention, les douleurs ont disparu. En outre, la malade ne signale aucun trouble du transit.

OBSERVATION N° XLIII

Madame JAG..., 38 ans, consulte le 21.6.1963 pour :

- dysménorrhées intenses de longue date, mais devenant de plus en plus importantes.
- accompagnées de ménorragies avec caillots.
- s'ajoutent de petits troubles caractériels.

Examen : on découvre une cystocèle et une rectocèle - un utérus augmenté de volume et un polype accouché par le col. L'utérus est fibromateux.

Antécédents : a eu 3 accouchements normaux - ses règles ont toujours été abondantes durant 8 jours - cycles de 28 jours.

Pas de fausse-couche - appendicectomie en 1962 - pas d'antécédents médicaux.

Intervention le 4.7.1963 : gros fibrome utérin - kyste goudron sur l'ovaire droit - lésions suspectes d'endométriose dans le cul de sac de Douglas.

Hystérectomie totale avec conservation de l'ovaire gauche.

Histologie : ne confirme pas la nature endométriale des lésions ovariennes et du cul de sac de Douglas ; par contre, au niveau de l'utérus, importants foyers d'endométriose interne (Dr. VERMES).

Revue le 5.10.1963 : va bien, mais accuse quelques troubles de castration, en particulier des bouffées de chaleur, un traitement médical est institué.

OBSERVATION N° XLIV

Madame VIEL..., 52 ans, nous est adressée le 9.9.1933 pour :

- ménorragies
- pesanteurs pelviennes permanentes
- gros fibromyome connu depuis longtemps.

Examen : confirme l'existence d'un fibrome, mais rien d'autre par ailleurs.

Antécédents : a accouché normalement d'un fils il y a 29 ans.

Aucun autre antécédents - cycles réguliers - ménorragies depuis une dizaine d'années.

Intervention le 16.9.1963 : gros fibrome à noyaux multiples, petit kyste chocolat de l'ovaire gauche.

Hystérectomie totale sans conservation annexielle.

Histologie : révèle l'existence d'un léiomyome associé à une endométriose interne, le fragment ovarien est aussi le siège d'une endométriose (Dr. VERMES).

Revue en juin 1966, Madame VIEL... va bien depuis l'intervention.

OBSERVATION N° XLV

Madame GAUT..., 44 ans, nous est adressée en août 1964 pour :

- dysménorrhées de longue date, devenant très intenses.
- ménorragies.
- fibrome.

Examen : col normal - toucher vaginal douloureux - présence d'un fibrome postérieur.

Antécédents : a eu 3 enfants - a fait une fausse-couche - cycles réguliers - rien d'autre.

Intervention : le 11.8.1964 : gros utérus, myome postérieur, gros ovaire droit adhérent à l'utérus et au pelvis.

Hystérectomie totale sans conservation ovarienne.

Histologie : endométriose interne - utérus léiomyomateux (Dr. VERMES)

Depuis l'intervention, les troubles ont disparu, seuls quelques petits signes de castration se sont manifestés.

OBSERVATION N° XLVI

Mademoiselle LEB..., 37 ans, nous est adressée le 1.8.1964 pour :

- asthénie importante apparue il y a plusieurs mois
- anémie à 2.800.000
- grosse masse pelvienne fixée et ménorragie
- température normale

Examen : col normal - gros kyste indolore, fixé, plus développé à gauche. Il semble bien s'agir d'un kyste ovarien gauche. La malade est pâle.

Antécédents : rien à noter sur le plan médical. Bien réglée, pas de grossesse. L'intervention est conseillée, mais la malade demande un délai, si bien que c'est le 30.9.1964 que celle-ci est pratiquée.

Intervention : gros kyste ovarien gauche. A droite, hématosalpinx : on songe à une endométriose.

Petit fibrome de la corne utérine droite. Ponction évacuatrice du kyste gauche. Ovariectomie.

Hystérectomie subtotale.

Histologie : confirme la présence d'une endométriose de la trompe droite ; kyste dermoïde de l'ovaire gauche (Dr. VERMES).

Depuis l'intervention, la malade va bien.

OBSERVATION N° XLVII

Mademoiselle BOU..., 34 ans, nous est adressée le 20.9.1964 pour :

- ménorragies depuis deux mois et myomes multiples
- dysménorrhée gauche, intense, surtout à la fin des règles.

Examen : petit col, sain. Masse retro-utérine, dure, fixée, que l'on diagnostique comme étant un fibrome enclavé.

Antécédents : cycles réguliers de 25 jours, perd pendant 5 jours. Pas de grossesse.

Intervention le 1.10.1964 : nombreux petits myomes sur le corps utérin - un gros fibrome est enclavé dans le cul-de-sac de Douglas. Existence de deux grosses masses kystiques annexielles à contenu chocolat, bilatérales. On pense à une endométriose.

Hystérectomie subtotale, sans conservation ovarienne.

Histologie : montre qu'il s'agit effectivement d'une endométriose des ovaires et que, d'autre part, le léiomyome est lui aussi associé à une endométriose interne (Dr. VERMES).

Résultat de l'intervention : disparition de la dysménorrhée ; apparition de petits troubles de la castration à type de bouffées de chaleur. Un traitement médical est institué.

OBSERVATION N° XLVIII

Madame SM...., 24 ans, consulte en septembre 1964 pour :

- retard de règles supérieur à un mois
- douleur de la fosse iliaque gauche.

Examen clinique et examen biologique conduisent au diagnostic de grossesse extra-utérine gauche.

Antécédents : cycles irréguliers, dysménorrhée de longue date - en juillet 1962 avait déjà consulté pour une hyperménorrhée. Une biopsie de l'endomètre était normale - différents examens complémentaires montraient l'existence d'une fragilité vasculaire. En février 1963, fausse-couche nécessitant un curetage.

Intervention le 2.10.1964 : trompe gauche : siège d'une grossesse extra-utérine - ovaire gauche : corps jaune de grossesse - ovaire droit : kyste hématique ayant l'aspect d'une endométriose.

Histologie : confirme le diagnostic, en particulier celui d'endométriose de l'ovaire (Dr. Jean de BRUX).

Après l'intervention, Madame SM... n'accuse plus aucun trouble. Elle est enceinte en mars 1965 et accouche normalement en novembre.

Depuis, elle va parfaitement bien.

OBSERVATION N° XLIX

Madame SMA..., 36 ans, nous est adressée le 3.10.1964 pour :

- appendicite subaigüe, avec anorexie, naussées, brûlures oesophagiennes, gastralgies. Pas de constipation, pas de fièvre.

Examen : douleur nette au niveau de la fosse iliaque droite - Utérus et annexes : normaux.

Antécédents : Bien réglée - cycle de 26 jours - perd pendant 4 jours, mais on note après un premier accouchement normal en 1954 la persistance d'une montée laiteuse.

Deuxième enfant en 1955 : accouchement normal.

En 1960, consulte pour métrorragies : une hystérographie est alors pratiquée montrant l'existence d'un petit fibrome. Un curetage biopsique montre une hyperplasie simple de l'endomètre.

En 1961, revient consulter pour dysménorrhée. L'examen clinique est normal - traitement médical.

Consulte à nouveau le 28.5.1964. Se plaint d'une sensation de constriction vésicale. Règles normales - examen gynécologique normal - Thyroïde un peu grosse, sans signe d'hyperactivité.

Intervention le 8.10.1964 : Pointe de l'appendice : tumeur de la taille d'un noyau de cerise.

Sur le grêle terminal, il existe cinq petites nodosités sur le bord opposé au mésentère : on pense qu'il s'agit d'une endométriose.

Appendicectomie.

Histologie : confirme l'existence d'une endométriose typique de l'appendice (Dr. VERMES).

La malade est mise au traitement par le Noréthynodrel.

Elle est revue le 30.8.1965 : elle va très bien et n'accuse aucun trouble.

Revue en juin 1966 : va très bien. A arrêté son traitement médical.

OBSERVATION N° L

Madame MET..., 29 ans, nous est adressée le 15.2.1965 pour :

- pollakiurie, douleurs vésicales évoluant depuis plusieurs mois.
- pertes blanches.

Antécédents : a eu un enfant - cycles réguliers - rien d'autre par ailleurs.

Examen : Utérus normal - au niveau du cul de sac vaginal droit, il existe une ulcération à côté de laquelle se trouve un kyste hématique dont l'aspect est évocateur d'une endométriose.

On pratique une biopsie.

La cystoscopie effectuée s'avère normale.

Histologie : nous revient sans diagnostic précis. L'histologiste nous conseille une nouvelle biopsie.

La malade est reconvoquée le 29.3.1965.

On retrouve le même kyste du vagin, de la taille d'une noix.

Une large ablation est effectuée, suture du vagin - curetage biopsique de la muqueuse utérine.

Histologie : Hyperplasie simple de l'endomètre. Le kyste vaginal est bien un endométriome (Dr. VERMES).

La malade est mise au traitement par Lynestrol et Mestranol.

Elle est revue le 14.4.1965 : à l'examen le vagin est normal. Puis, le 19.11.1965, elle se plaint alors de pollakiurie, dysurie. Un examen cyto-bactériologique des urines, une cystoscopie, s'avèrent normaux. Un traitement médical symptomatique est mis en oeuvre.

Le 23.12.1965 : la malade consulte à nouveau pour brûlures vésicales, pesanteurs pelviennes.

L'examen clinique révèle une rétroversion utérine - un vagin ne présentant aucune lésion d'endométriose.

La participation psychique est évidente et la malade est mise au traitement par sédatifs.

OBSERVATION N° LI

Madame DUM..., 41 ans, consulte le 20.3.1965 pour :

fibrome utérin entraînant depuis deux ans des règles très abondantes, non douloureuses.

Examen : col sain - gros fibrome utérin de la grosseur d'un melon, fixé. Pas de signe de compression pelvienne.

Antécédents : rien sur le plan pathologique. Réglée normalement auparavant - une fille.

Intervention le 30.3.1965 : gros fibrome et quelques fibromes sous séreux extériorisés.

Hystérectomie totale avec conservation ovarienne.

On voit sur la face antérieure du rectum quelques petites granulations noirâtres ressemblant à des endométriomes: ablation des lésions.

Pelvis et intestin ne révèlent pas d'autres foyers.

Histologie : confirme l'existence d'endométriose (Dr. VERMES).

L'intervention entraîne la régression des troubles.

OBSERVATION N° LII

Madame DOU..., 44 ans, nous est adressée le 2.6.1965 car :

- depuis plusieurs années, ses règles sont abondantes, durant 10 jours. Pas de syndrome douloureux.

Antécédents : cycles de 26 jours - perd normalement - pas de grossesse.

Examen : On retrouve un utérus un peu gros avec peut être un myome du fond. Les annexes sont normales.

Un traitement par progesterone retard est institué.

La malade revient consulter le 2.7.1965 pour des métrorragies importantes que l'on stoppe par le Diethylstilboestrol

Intervention le 3.8.1965 : rétroversion utérine. Les deux ovaires sont partiellement kystiques.

Hystérectomie totale sans conservation ovarienne.

Histologie : Au niveau de l'utérus, léiomyome avec endométriose réalisant l'adénomyome de Recklinghausen.

Au niveau des ovaires, endométriose également (Dr. VERMES).

Après l'intervention, Madame DOU... va bien, pendant quelques temps.

Elle revient consulter le 23.2.1966 pour des oédèmes de la face et des membres.

Adressée à une consultation spécialisée, on diagnostique une obésité gynoïde pour laquelle elle est actuellement traitée.

OBSERVATION N° LIII

Madame DECK..., 43 ans, nous est adressée le 18.8.1965 pour :

- des douleurs permanentes de l'hypogastre apparues il y a quelques mois. Ce syndrome s'accompagne d'une pollakiurie. Pas de métrorragies.

Examen : petite cystocèle et rectocèle - col déchiqueté, ulcéré.

Présence d'une grosse masse pelvienne, irrégulière, douloureuse. Il s'agit d'un myome utérin.

Antécédents : A eu cinq enfants - cycles réguliers de 26 jours, pertes pendant 3 jours - aucun autre antécédent particulier.

Intervention le 27.8.1963 : Présence d'un gros fibrome utérin et d'un kyste hématique de l'ovaire droit.

Hystérectomie totale avec conservation de l'ovaire gauche.

Histologie : le fragment tubo-ovarien est le siège d'une endométriose ; présence d'un kyste folliculaire (Dr. VERMES).

L'intervention entraîne la disparition du syndrome douloureux.

OBSERVATION N° LIV

Madame JAN..., 29 ans, nous est adressée en urgence le 17.10.1965 pour :

- des métrorragies importantes ayant entraîné plusieurs accès lipothymiques ; en effet, depuis la veille, évacuation de gros caillots.

Ce tableau s'accompagne de vomissements bilieux.

Les dernières règles remontent à une semaine - La tension artérielle est à 12-7 (normalement 14 de maxima).

Examen : abdomen souple - col dur, fermé, doigtier souillé de sang. On perçoit deux gros nodules dans le cul de sac postérieur. Au spéculum, on voit que l'un de ces deux nodules est perforé et laisse couler du sang noir. On pense à une lésion d'endométriose.

Une numération formule sanguine révèle une anémie à 2.850.000 pour laquelle elle reçoit deux transfusions.

On fait l'ablation de ces deux nodules et on suture le vagin.

La cloison recto-vaginale est normale.

Histologie : confirme bien l'existence d'une endométriose (Dr. VERMES).

Un second temps est prévu si les métrorragies reprennent.

Antécédents : deux grossesses normales - aucun antécédent pathologique. Bien réglée.

Après l'intervention, la malade est mise au traitement par le Noréthynodrel. Les métrorragies n'ont pas repris. Elle est revue en juin 1966. Son état général est satisfaisant. Il persiste une induration du cul de sac vaginal postérieur.

QUELQUES CONSIDERATIONS

A PROPOS DE CES CINQUANTE-QUATRE OBSERVATIONS D'ENDOMETRIOSE

-

Une notion classique actuellement très combattue voulait que l'endométriose soit une lésion rare.

En fait, bien qu'il soit très difficile d'en apprécier exactement la fréquence, nous pensons que l'endométriose est une affection qui est loin d'être exceptionnelle lorsqu'on y pense.

Ce qui est difficile d'évaluer avec précision, c'est la part réelle qui lui revient dans la pathologie gynécologique.

En effet, à côté des femmes qui viennent consulter pour des manifestations diverses, il est sans aucun doute bon nombre de lésions d'endométriose qui restent latentes pendant la période d'activité génitale et qui disparaissent avec la ménopause.

L'endométriose maladie présente un maximum de fréquence pendant la pleine période d'activité génitale, c'est-à-dire vers 35 ans.

Aussi le terrain est-il intéressant à considérer : la moyenne d'âge de nos consultantes est de 38 ans. Les âges extrêmes observés sont 19 et 58 ans (Observations n° 2 et 24).

Deux femmes étaient ménopausées : l'une depuis quatre ans, l'autre depuis 10 ans (Observations n° 24 et 41). Ce fait ne doit pas surprendre car l'endométriose après la ménopause n'est pas exceptionnelle ; SCOTT et TE LINDE, par exemple, en retrouvent 13 sur 516 cas.

Dans les antécédents gynécologiques, nous avons relevé comme interventions :

- dix curetages (Observations n° 3, 11, 14, 35, 38, 41, 46, 48, 49).
- deux hystérectomies (Observations n° 16, 20).
- une césarienne (Observation n° 15)
- une ovariectomie (Observation n° 7)
- une grossesse extra-utérine (Observation n° 30).

Ce qui fait 15 interventions en tout, soit 27,7 %. COUNSELLER, dans une statistique, rapporte 46,2 % d'interventions antérieures.

Ces chiffres, à notre avis, ne permettent pas de conclure si les interventions antérieures favorisent, comme certains le prétendent, l'endométriose.

Encore plus difficile est de savoir si la fréquence absolue augmente comme l'affirment de nombreux auteurs. Dans notre travail, nous n'avons pas relevé une augmentation significative du nombre des cas par année.

Nous nous proposons ici d'étudier, d'une part, les problèmes diagnostiques que pose l'endométriose, d'autre part, les différentes localisations que nous avons rencontrées, leur fréquence relative et, à ce propos, nous nous pencherons un peu plus avant sur les hétérotopies les plus rares.

Nous ferons ensuite un bref exposé sur le traitement apporté à chacun des cas et sur les résultats obtenus.

Enfin, nous essayerons de voir et de discuter rapidement les relations pouvant exister entre l'endométriose et la stérilité, question fort débattue et dont les problèmes suscitent tant de passionnées et de passionnantes controverses.

o O o

ANATOMIE-PATHOLOGIQUE

L'endométriose est un fait unique en pathologie. N'est-il pas singulier, en effet, d'assister à un tel vagabondage, de voir une muqueuse aussi complexe que l'endomètre se développer, vivre, régresser et mourir dans des organes parfois fort lointains de l'utérus.

1° - Cependant, pour affirmer l'endométriose, il faut un certain nombre de caractères histologiques :

a) l'existence de tubes glandulaires typiques, à cellules cylindriques dont l'aspect varie avec la période du cycle menstruel : ceci est fondamental.

Les glandes sont parfois constituées d'un épithélium à cellules cubiques.

Il n'est pas rare de trouver dans la lumière glandulaire, des pigments et des débris d'hématies.

b) la présence d'un chorion cytogène analogue à celui de l'endomètre avec ses cellules caractéristiques et qui présente les mêmes transformations hormonales. Ce chorion peut être très développé, mais il est assez fréquent de le voir réduit à quelques petites plages. Il arrive alors qu'il passe inaperçu à la coupe histologique.

Parfois, il existe aussi, complétant l'aspect, des fibres musculaires lisses.

Ce qui est caractéristique de l'envahissement endométrial, c'est l'absence de plan de clivage, de capsule.

En outre, les tissus avoisinants sont normaux, en particulier, il n'y a pas de nécrose.

2° - Sur le plan macroscopique, rappelons les principaux caractères de la lésion :

a) c'est une tumeur mal limitée et non encapsulée, dont l'envahissement est très variable ; parfois restreinte, facile à enlever, elle peut au contraire diffuser et infiltrer les organes rendant son exérèse impossible.

b) l'aspect le plus fréquemment retrouvé est celui d'un kyste hématique à contenu goudron ou chocolat. Ces kystes sont parfois solitaires, mais le plus souvent, ils confluent en un amas caractéristique.

c) la réaction des tissus avoisinants se fait vers la sclérose ; celle-ci peut devenir si importante que la masse tumorale, ainsi formée, rend très difficile le diagnostic d'endométriose.

d) enfin, il faut, lors d'une laparotomie, ou d'une coelioscopie, faire un bilan de tout le pelvis, car la multiplicité des localisations est fréquente, comme nous le verrons plus loin.

o O o

I - LES PROBLEMES DIAGNOSTIQUES DE L'ENDOMETRIOSE

1° - La clinique :

a) les manifestations cliniques de l'endométriose ont été parfaitement décrites par de nombreux auteurs ; cependant son diagnostic en reste très difficile, tant est flou son tableau clinique propre ou bien tant son évidents les signes d'une affection associée.

Voyons donc dans notre travail ce que la clinique a pu apporter. Quels sont les troubles qui ont amené nos malades à consulter ?

Ce sont surtout les douleurs et parmi elles, la dysménorrhée. Elle est le signe fonctionnel majeur de l'endométriose. 22 fois, elle représentait la manifestation clinique la plus importante.

Le plus souvent, elle est acquise, s'aggravant progressivement; de grande intensité, elle est en général, très rebelle. Son horaire tardif par rapport aux règles est un de ses caractères classiques ; à dire vrai, cela ne nous semble pas très fréquent, puisque nous ne l'avons rencontré avec netteté que quatre fois (observations n° 14-28-30-47).

Souvent aussi, les douleurs n'ont aucune relation avec les menstruations : 17 fois elles étaient le trouble essentiel. Une seule fois une dyspareunie intense accompagnait une dysménorrhée (observation n° 28).

Il est classique de dire que les manifestations douloureuses sont surtout le fait de l'endométriose externe ; notre étude met bien en relief cette notion puisque sur 38 malades porteuses de foyers intra-péritonéaux 30, soit 78,9 % accusaient essentiellement des douleurs. Scott et Burt, dans une

importante statistique retrouvent 65,3 % de dysménorrhée et 45,2 % de douleurs sans rapport avec les règles.

Inversement, nous avons observé que chez nos 39 patientes se plaignant essentiellement de douleurs, l'endométriose externe est en cause 28 fois, l'adéniomyose, 11 fois seulement.

Les hémorragies représentent également un signe important :

- des ménorragies firent partie du tableau clinique 17 fois, 6 fois, elles étaient le signe fonctionnel le plus important.

Cependant, il faut dire qu'un myome était présent 14 fois et il est bien difficile d'attribuer à celui-ci ou à l'endométriose la cause des hémorragies.

- des métrorragies existaient 6 fois, 3 fois elles étaient le symptôme dominant, mais dans un cas, elles appartenaient au tableau d'une grossesse extra-utérine.

Enfin, une fois, une hémorragie vaginale importante fut la cause de l'hospitalisation (observation n° 54).

Les hémorragies, dit-on, se rencontrent surtout dans les cas d'adénomyose ; sur 22 syndromes hémorragiques que nous avons été amenés à voir, l'endométriose interne était présente 11 fois. D'autre part, sur un total de 16 adénomyoses, un syndrome hémorragique existait 11 fois, soit 68,7 %, dont 6 fois des ménorragies et 3 fois des métrorragies. Nos chiffres s'accordent avec la statistique de HUNTER qui retrouve :

- des ménorragies dans 77,3 % des cas.
- des métrorragies dans 38,2 % des cas.

- la stérilité devrait, à elle seule, conduire les malades à consulter. Nous l'avons observée 8 fois, mais elle ne semblait pas, sauf une fois, être le motif essentiel de la consultation. Nous reverrons ce problème plus longuement.

D'autres signes fonctionnels sont à mentionner

- les troubles urinaires

  - pollakiurie : 2 fois (Observations n° 49-53)
  - dysurie : 2 fois (observations 6-14)
  - mictions douloureuses 2 fois (observations 21-50)

  Il n'existait pas pour autant de localisations vésicales.

- les troubles du transit, à type de nausée, constipation : 1 fois (observation n° 36).

Enfin, une fois, c'est une tumeur de l'aine, augmentant de volume à chaque menstruation, qui était l'unique symptôme (observation 40) et qui d'ailleurs permit le diagnostic clinique.

b) l'examen physique apporte peu de renseignements pour le diagnostic de l'endométriose ; on pourrait presque dire qu'il égare car il ne révèle le plus souvent qu'un trouble associé.

Un signe important sur lequel ont insisté FUNK BRENTANO et ROBERT, traduit la localisation dans le cul de sac de Douglas, dans les ligaments utéro-sacrés, dans le ligament large et sur la face postérieure de l'isthme utérin.

On perçoit alors une infiltration des paramètres ou à un degré moindre la perte de souplesse d'un cul de sac vaginal. Ce signe se retrouve maximum à l'approche ou pendant les règles, ce qui le différencie de ce que l'on peut observer dans une paramétrite.

A vrai dire, nous ne l'avons rencontré avec netteté que 3 fois (observations n° 17-28-30).

Le toucher rectal peut apporter également d'intéressants enseignements ; il doit être systématiquement couplé au toucher vaginal. Il permet alors d'apprécier les ligaments utéro-sacrés qui sont parfois le siège de petites nodosités en grains de plomb ou qui, d'autres fois, sont augmentés de volume et douloureux.

A côté de ces signes qui se veulent caractéristiques, mais souvent difficiles à interpréter, l'examen clinique révèle le plus souvent un syndrome sans individualité. Ainsi, dans l'adénomyose, l'examen physique montre souvent un utérus modérément augmenté de volume et rétroversé. Dans l'endométriose ovarienne, l'on perçoit fréquemment une lésion kystique : sur 28 localisations ovariennes que nous avons retrouvées, 10 fois l'on percevait un kyste de l'ovaire.

Il faut donc bien reconnaître qu'il n'existe aucune spécificité clinique en matière d'endométriose ; l'ensemble des signes fonctionnels et physiques n'est que très rarement suffisamment explicite pour porter un diagnostic certain. Il faut toutefois toujours y penser devant une dysménorrhée, des métrorragies, un empâtement du pelvis.

Une restriction cependant doit être faite pour les endométrioses "visibles" et, en particulier, les foyers vaginaux. Là, l'examen physique est souvent suffisant et la biopsie n'apporte qu'un complément de certitude.

Pour notre part, nous avons rencontré 5 localisations vaginales ou de la cloison recto-vaginale, 3 fois le diagnostic fut porté à l'examen local.

2° - les examens complémentaires. Leur rôle devient de plus en plus important :

a) l'hystérosalpingographie : elle peut révéler des images caractéristiques bien décrites depuis longtemps.

Au niveau de l'utérus, l'injection des diverticules endométriaux montre de petits recessus partant perpendiculairement à la lumière utérine qui mesurent quelques centimètres ; de face, ces cryptes ne s'objectivent que par une petite opacité arrondie semblant indépendante de la cavité utérine.

Les images siègent avec prédilection au niveau du fond utérin, près des cornes, parfois même sur la portion interstitielle des trompes. Au niveau des cornes utérines, elles prennent fréquemment l'aspect caractéristique dit "en boule de gui", "en nébuleuse", "en niches d'abeilles".

Dans l'endométriose tubaire, les signes radiologiques, quand ils existent, siègent le plus souvent sur l'isthme. On peut voir alors : soit les mêmes diverticules en moins profonds que ceux de l'adénomyome et qui, s'ils sont très nombreux, donnent une image dite "en buisson", - soit de fines arborescences entourant la trompe qui parfois même disparait.

Ces deux types d'images peuvent s'associer.

Notons enfin que l'endométriose peut oblitérer la trompe.

Il est des erreurs à ne pas commettre : les modifications observées au niveau de l'utérus sont souvent dues à un fibrome dont l'image est classique. Il ne faut pas pour cela éliminer l'endométriose.

Au niveau des trompes, le diagnostic différentiel se fait avec une tuberculose ou une salpingite, sans préjuger de son étiologie ; une injection normale des trompes ne doit pas faire écarter l'endométriose.

Tous les aspects sus-décrits, pour intéressants qu'ils soient, sont rares et, en fin de compte, l'examen radiographique n'est pas d'une grande utilité. MARSHAK, pour sa part, n'a pu faire le diagnostic que 31 fois sur 150 cas d'adénomyose confirmée.

En ce qui nous concerne, nous n'utilisons guère cet examen pour la recherche de l'endométriose. Nous ne l'avons fait pratiquer que 3 fois :

- observation n° 9 : les clichés montraient une cavité utérine normale, une oblitération de la trompe gauche et une sténose de la droite. L'intervention révéla qu'il s'agissait d'une endométriose tubo-ovarienne bilatérale.

- observation n° 25 : il existait une image lacunaire de l'isthme. Il s'agissait d'un myome avec coexistence d'une endométriose ovarienne bilatérale.

- observation n° 36 : l'hystérosalpingographie ne révélait qu'un utérus refoulé, basculé à gauche. L'intervention montra qu'il existait un léiomyome associé à une endométriose interne et de l'ovaire droit.

Nous n'avons donc pas rencontré d'images absolument caractéristiques. Examen qui permet rarement le diagnostic, l'hystérosalpingographie mérite cependant d'être utilisée plus fréquemment que nous ne l'avons fait.

La coelioscopie : c'est sans conteste l'examen complémentaire le plus intéressant en matière d'endométriose externe.

Il est évident que dans l'adénomyose, elle apporte peu de renseignements, pouvant seulement révéler un utérus hypertrophié ou bosselé.

Par contre, elle prend une place de plus en plus importante dans le diagnostic de l'endométriose externe.

Les localisations sont recherchées tout particulièrement au niveau des ovaires, puis sur la face postérieure de l'isthme, les ligaments utéro-sacrés, le cul de sac de Douglas et le péritoine tubaire qui en sont les sièges les plus fréquents.

Les kystes observés sont de couleur et de taille variables : noirs, bleus ou rouges, ils sont fréquemment entourés de cicatrices blanchâtres, très souvent foncés, ils sont parfois grisâtres. Leur grosseur va de la tête d'une épingle à une cerise. Ils peuvent être isolés ou groupés.

Seul persiste quelquefois un aspect cicatriciel, très rétractile, en étoile, grisâtre ou blanchâtre, vestiges d'anciens foyers en extinction.

Mais toutes les lésions ne sont pas aussi évocatrices ; parfois, on voit un gros ovaire dont la coloration n'a rien de bien caractéristique. Parfois, c'est un kyste tubaire qui ne diffère en rien d'une salpingite nodulaire, parfois enfin, on se trouve dans un milieu d'adhérences multiples masquant l'endométriose.

L'hématosalpinx est un autre aspect intéressant : seul l'examen histologique donnera le diagnostic d'avec une grossesse extra-utérine.

Ici aussi, la coelioscopie a ses limites ; en effet, les foyers siégeant dans l'ovaire, non extériorisés, et dans la paroi tubaire ne seront pas visibles.

La coelioscopie n'a pas été pratiquée fréquemment jusqu'alors chez nos malades. Mais actuellement cet examen devient de plus en plus courant, permettant un diagnostic précis d'endométriose.

Il pourra, dans certains cas, éviter une laparotomie et laisser à un traitement médical bien conduit le soin de guérir ou de soulager ces malades.

Nous l'avons progressivement introduite dans l'arsenal de nos investigations complémentaires et l'on peut dire qu'elle est devenue chez nous, à l'heure actuelle, un examen de routine.

Certes, notre expérience endoscopique dans l'endométriose est encore très modeste.

Dans ce travail, qui s'arrête à la fin de l'année 1965, la coelioscopie n'apparait que deux fois :

- observation n° 30 : elle fut effectuée chez cette malade qui avait été opérée en 1961 d'une endométriose de l'ovaire et du cul de sac de Douglas, et qui revient consulter en janvier 1965, pour des troubles faisant craindre une récidive. La coelioscopie permet d'écarter cette hypothèse évitant ainsi la laparotomie.

- observation n° 16 : il s'agit d'une malade opérée d'une adénomyose en 1958. En mars 1965, cette patiente nous est adressée en urgence pour des douleurs hypogastriques violentes avec tumeur pelvienne et présence d'une fistule vaginale. La coelioscopie permit alors de diagnostiquer l'existence d'un foyer d'endométriose du cul de sac de Douglas, fistulisée dans le vagin.

Nous voyons donc que c'est essentiellement à partir de 1965 que la coelioscopie apparaît comme examen courant dans notre service et que, sur 7 malades traitées cette année-là pour endométriose, une coelioscopie fut effectuée 2 fois. Encore faut-il préciser que dans deux cas d'endométriose vaginale visible (observation n° 50-54) elle ne s'imposait pas, du moins dans l'immédiat.

D'autres examens complémentaires ont aussi une certaine utilité sans avoir un intérêt direct important.

- le curetage biopsique de l'endomètre a été pratiqué 3 fois. Deux fois il s'avéra normal (observations n° 37-40), une fois il était suspect de malignité entraînant une opération de Wertheim avec lymphadénectomie (observation n° 41). L'examen histologique de la pièce montra, en fait, l'existence d'une adénomyose.

Son intérêt est de préciser d'une part l'état hormonal de la malade ; il entre aussi dans le cadre des investigations pratiquées pour stérilité. Enfin, il permet d'éliminer une tuberculose de l'endomètre.

- la cystoscopie a un certain intérêt aussi. Il n'est pas rare, nous l'avons vu, de rencontrer dans la clinique des signes urinaires et, en particulier, vésicaux.

Nous avons été amenés à pratiquer cet examen trois fois (observations n° 21-35-50) pour des troubles mictionnels : il fut à chaque fois normal.

- L'urographie intra-veineuse a une petite place, surtout pour éliminer une autre atteinte de l'arbre urinaire. Nous l'avons fait effectuer 3 fois (observations n° 21-26-35). Une fois (observation n° 26) elle nous fournit un renseignement : il y avait une compression extrinsèque de la vessie en rapport avec un fibrome.

On ne doit pas oublier que certains auteurs ont signalé des endométrioses urétérales, évoluant à bas bruit et entraînant la mort du rein par hydronéphrose.

- la réaction biologique de grossesse enfin est parfois nécessaire pour éliminer, devant un gros utérus et des deux troubles des règles, un état de gravidité. Nous y avons eu recours deux fois (observations 12 et 34).

3° - Le diagnostic opératoire :

La laparotomie, qui permet une exploration complète de tout le pelvis, était pour nous, jusqu'à ces dernières années, la voie essentielle qui menait au diagnostic et au bilan de l'endométriose :

- 24 fois, elle fut pratiquée pour un myome.
- 8 fois, pour un syndrome douloureux très intense dont 6 dysménorrhées.
- 2 fois, avec le diagnostic d'ovarite scléro-kystique.
- 1 fois, pour une grossesse extra-utérine (observation n° 48)
- 1 fois, pour appendicite aigüe (observation n° 49)
- 1 fois, pour un curetage biopsique suspect (observation n° 41).
- enfin, chez nos 8 patientes stériles, la laparotomie entra dans le cadre du bilan de cette stérilité.

Dans l'adénomyose, l'utérus est augmenté de volume, pouvant atteindre celui d'une grossesse de deux mois, voire même davantage. Il est, soit lisse, régulier, soit bosselé par plusieurs nodules ; parfois sa face postérieure est fortement convexe. Tout cela en impose pour un utérus fibromateux.

Il faut alors porter son attention sur le pelvis et la séreuse pour y découvrir d'éventuels foyers d'endométriose externe associée.

Lorsque l'on veut pratiquer l'ablation d'un nodule, on s'aperçoit alors qu'il n'existe aucun plan de clivage , cela permet souvent de suspecter le diagnostic.

Après une hystérectomie, l'ouverture de la pièce suffit bien souvent à faire un diagnostic macroscopique. Lorsque les foyers restent limités, le myomètre est le siège de petits kystes noirâtres ou chocolat ; lorsque l'endométriose est étendue, les parois, surtout la postérieure, sont hypertrophiées.

Parfois enfin, il existe de petites cryptes remplies de sang ou de pigments foncés ; les plus petites sont à la limite de la visibilité.

De toute façon, c'est l'anatomo-pathologie qui, en fin de compte, permettra d'affirmer ou non l'adénomyose.

Dans l'endométriose externe, c'est au niveau des ovaires que l'on rencontre le plus souvent les kystes hématiques caractéristiques : kystes goudron remplis d'un liquide chocolat qui s'échappe à l'ouverture.

Lorsque l'affection est diffuse, il se produit un réseau d'adhérences qui enserre les viscères du pelvis et, à mesure que l'on effectue leur libération, on ouvre de petites logettes à contenu chocolat.

Souvent aussi, on notera la présence d'un épanchement hématique dans le cul de sac de Douglas, ce qui n'a d'ailleurs rien de caractéristique, car on sait qu'il existe des menstruations rétrogrades.

Les foyers peuvent être plus modestes, revêtant l'allure de petits nodules hémorragiques ; inversement, ils se développent quelquefois donnant de véritables tumeurs.

Il faut signaler qu'au niveau de l'ovaire, l'hétérotopie peut n'avoir aucune connection avec la surface de la glande ; ce n'est qu'après l'ablation et la coupe que l'on voit le kyste hématique.

Une localisation tubaire fréquente est celle de la portion interstitielle. Elle forme alors un nodule irrégulier rarement porteur de petits kystes goudron caractéristiques.

Souvent aussi, l'endométriose siège sur le pavillon ou sur l'ampoule s'accompagnant d'adhérences qui renferment de petites cavités à contenu chocolat classique.

Parfois se constitue un véritable hématosalpinx bien difficile à différencier d'une grossesse extra-utérine (observation n° 56). Enfin, on peut voir des hydrosalpinx ayant pour origine un endométriome.

Rappelons une nouvelle fois ici qu'il faut explorer systématiquement le pelvis et l'intestin à la recherche d'autres foyers. Ce bilan, complétant l'intervention éventuelle, fait toute la supériorité de la laparotomie. Mais là encore, des limites apparaissent. En effet, au niveau de l'ovaire, il arrive qu'il soit difficile d'interpréter un kyste goudron comme étant un endométriome.

Assez souvent l'anatomo-pathologiste nous apprendra qu'il s'agissait d'un kyste hématique non endométriosique. C'est pourquoi, à notre avis, l'on ne peut affirmer le diagnostic qu'après l'examen histologique. Lui-même connait des difficultés. Sans faire d'exposé sur les caractères histologiques de l'endométriose, signalons que dans quatre cas, le diagnostic ne put être affirmé : la réponse qui était "endométriose possible", si elle évitait notre déception, retirait aux observations tout intérêt pour notre travail.

4° - Le diagnostic de l'endométriose vaginale et de la cloison recto-vaginale.

Cette localisation est réputée peu fréquente. HENRIKSEN en rapporte 19 sur 1.000 endométrioses externes ; SCOTT et TE LINDE, sur 516 cas vérifiés par histologie en mentionnent 17.

Dans notre travail, nous en avons retrouvé 6 cas sur 45 hétérotopies externes.

Les signes fonctionnels sont liés à cette localisation particulière, mais aussi à l'extension possible aux autres éléments du pelvis.

La dyspareunie est un signe classique et important. Elle était présente deux fois (observations n° 20-37).

Une fois dominaient des troubles urinaires à type de pollakiurie et cystalgie (observation n° 50) sans qu'existât une extension vésicale.

Une fois une véritable hémorragie vaginale s'était produite (observation n° 54), si importante que la malade due être transfusée ; le diagnostic différentiel qui se posait était celui d'ulcération traumatique du vagin par manoeuvres abortives, en particulier par comprimés de permanganate.

Dans l'observation n° 51, la localisation était complètement silencieuse.

Nous n'avons pas rencontré de signe d'atteinte du rectum comme les rectorragies menstruelles ou la constipation cyclique caractéristique.

En fait, l'examen physique permet assez souvent le diagnostic :

- au spéculum : on voit, au début de l'évolution, de petits kystes bleuâtres, saillant sous la muqueuse vaginale : cet aspect était particulièrement net dans l'observation n° 37.

A un stade plus avancé, ces kystes deviennent de véritables polypes noirâtres qui finissent par s'ulcérer et qui saignent parfois abondamment (observation n° 54).

Le toucher vaginal révèle au début une simple induration douloureuse de la cloison recto-vaginale, surtout dans les jours précédant les mensturations : l'observation n° 20 nous en fournit un exemple typique.

Plus tard, on perçoit un ou plusieurs nodules sur cette induration ; parfois un cul de sac est complètement comblé par une tumeur fixée, sensible et irrégulière.

Le toucher rectal combiné au toucher vaginal fournit d'utiles renseignements sur l'extension postérieure.

La rectoscopie et le lavement baryté s'imposent parfois ; dans nos observations, nous n'avons pas été amenés à les faire pratiquer.

Une fois, les troubles vésicaux étaient tels que nous avons du faire une cystoscopie qui se révéla normale (observation n° 50). Cet examen doit être entrepris juste avant les règles, moment le plus favorable pour déceler d'éventuelles localisations vésicales de l'endométriose.

Si elles existent, ces lésions occupent le trigone ou le bas-fond ; elles peuvent prendre l'aspect de petits kystes violacés ou de petits polypes saignant, reposant sur une surface rouge et oédématiée.

Parfois, l'aspect n'est pas évocateur et le diagnostic porté sera celui de cystite banale.

La cystoscopie peut montrer une éjaculation sanglante à un orifice urétéral : cela signifie l'atteinte des uretères et une urographie intraveineuse devient nécessaire.

En effet, des auteurs, tels BLUM et BALL, ont signalé des hydronéphroses et même la mort rénale par endométriose.

Après ces examens, c'est la biopsie qui finalement apportera le diagnostic de certitude : dans cette localisation comme dans les autres, elle s'avère nécessaire. En effet, nous avons vu que le diagnostic s'était posé une fois avec une ulcération traumatique du vagin par manoeuvres abortives ; d'autres fois, c'est avec un cancer qu'il faudra trancher.

Ajoutons enfin que le problème du diagnostic différentiel se pose bien sûr avec toutes les autres affections gynécologiques, mais souvent avec la tuberculose génitale.

En effet, sur le plan clinique, endométriose et tuberculose génitale ont nombre de signes communs : dysménorrhée, douleurs pelviennes sans rapport avec les règles, métrorragies, ménorragies, stérilité, dyspareunie.

Cet ensemble de signes doit faire penser à ces deux affections :

L'interrogatoire peut apporter des renseignements importants :

- antécédents possibles d'une autre localisation bacillaire
- âge souvent plus jeune

Mais ce sont surtout les examens complémentaires - biopsie de l'endomètre, coelioscopie - qui permettent le diagnostic.

Parfois même, lors de la laparotomie, il est difficile de faire un diagnostic macroscopique devant un pelvis bloqué par des adhérences serrées et des lésions de sclérose.

II - ETUDE DES DIFFERENTES LOCALISATIONS ET DES ASSOCIATIONS PATHOLOGIQUES.

Etudions maintenant la répartition des différentes localisations que nous avons rencontrées.

1° - l'adénomyose : cette localisation apparaît comme étant la plus fréquente pour la plupart des auteurs.

Nous avons retrouvé :

- adénomyose, seule localisation : 10 fois :
  (observations n° 3, 4, 13, 14, 24, 32, 35, 41, 43, 45) soit 18,5 %

- adénomyose avec localisation ovarienne : 6 fois :
  (observations n° 16, 33, 36, 44, 47, 52).

Si nous réunissons ces deux séries, nous trouvons 16 adénomyoses sur 54 cas totaux, soit 29,6 %.

VARANGOT pour sa part lui trouve une fréquence de 31 % - DREYFUS de 70 % - SPATT de 15 à 30 % ; nous voyons donc qu'il existe d'assez grandes divergences.

Quant à l'association à l'adénomyose d'un autre foyer, les statistiques sont fort différentes : MATHUR en trouve dans 0,75 % et BENNETT dans 17 % des cas.

Nos chiffres personnels sont bien plus élevés puisque nous avons trouvé 6 localisations ovariennes associées sur un total de 16 adénomyoses, soit 37,5 %.

2° - l'endométriose externe :

- foyers intra-péritonéaux : Nous avons établi dans notre travail les chiffres suivants :

- un ovaire : 19 cas (observations n° 6, 7, 8, 10, 15, 18, 19, 22, 26, 27, 30, 31, 34, 36, 39, 42, 44, 48, 53).

Ce qui, sur 32 foyers intra-péritonéaux donne une fréquence de 59,3 %. SCOTT et TE LINDE, sur 56 cas , en trouvent dans 55,2 %.

- les deux ovaires : 8 cas (observations n° 2, 9, 25, 29, 33, 38, 47, 52), soit 25 % ; pour SCOTT et TE LINDE, 24,6 %.

Nous voyons donc que nos chiffres concordent avec ces deux auteurs.

Au total, la localisation ovarienne est de loin la plus fréquente, puisqu'en réunissant les deux pourcentages sus-cités, elle représente 84,3 % (79,8 % pour SCOTT et TE LINDE) des hétérotopies intra-péritonéales.

- culs de sac de Douglas : 5 cas (observations n° 12, 16, 21, 28,30) soit 15,6 % ; 4,7 % seulement pour SCOTT et TE LINDE.

- Trompes : 4 cas (observations n° 2, 22, 26, 46), soit 12,5 % contre 14,1 % pour SCOTT et TE LINDE.

- Sigmoïde : 3 cas (observations n° 1, 27, 42), soit 9,3 %.

- Ligament rond : 1 cas (observation n° 40)

- Ligament large : 1 cas (observation n° 11)

- appendice et grêle : 1 cas (observation n° 49).

Signalons que dans 12 cas, soit 37,5 %, les localisations étaient multiples ; VARANGOT en trouve 34 sur 170 cas.

- Foyers extra-péritonéaux : rappelons les 6 localisations du vagin et de la cloison recto-vaginale (observations n° 16, 20, 37, 56, 51, 54).

A elles, s'ajoute l'endométriose sur cicatrice de césarienne (observation n° 5).

3° - Les affections gynécologiques associées :

Dans la littérature, quelques statistiques importantes affirment qu'environ 75 % des endométrioses sont associées à une autre affection gynécologique.

Pour notre part, nous avons sur nos 54 cas :

- 30 fibromes, soit 55,5 % (31 % pour SIEGLER et 58 % pour HUNTER)
- 10 kystes de l'ovaire, soit 18,5 % (6,7 % pour VARANGOT)
- 3 cervicites, soit 5,5 %
- 2 polypes, soit 5,5 %

Ce qui fait un total de 83,2 % d'affections concomittantes.

OOO

III - A PROPOS DE QUELQUES LOCALISATIONS PARTICULIERES.

Nous allons voir rapidement quelques observations qui nous ont paru mériter, par le siège ou la symptomatologie, un intérêt plus marqué.

1° - Nous ne ferons que rappeler les six observations d'endométriose vaginale et de la cloison recto-vaginale (observations n° 16, 20, 37, 50, 51, 54) qui, nous l'avons vu, posent un problème diagnostique un peu particulier.

Cependant, l'observation n° 54 mérite d'être étudiée :

Madame JAN..., 29 ans, nous est adressée pour métrorragies importantes avec lypothymies, vomissements bilieux, légère chute tensionnelle.

A l'examen : le col est dur et fermé, il existe deux nodules dans le cul de sac postérieur.

Se pose alors le diagnostic de manoeuvres abortives et, en particulier, d'une ulcération vaginale par comprimés de permanganate. Au spéculum, on note deux nodules ulcérés dans le cul de sac postérieur qui sont le siège de l'hémorragie.

On pense alors à l'endométriose.

Cette observation est intéressante, d'une part pour l'importance des signes hémorragiques et, d'autre part, pour le diagnostic différentiel qu'elle soulevait.

2° - Les localisations intestinales de l'endométriose sont rares : nous en avons retrouvé 3 observations (n° 1, 42, 49). Les deux premières sont des hétérotopies du sigmoïde ; il s'agissait de petites lésions sans traduction clinique, de découvertes opératoires fortuite.

Par contre, la 3 ème observation (observation n° 49) est fort intéressante :

Madame SMA... nous est adressée pour un syndrome appendiculaire sans fièvre. L'examen gynécologique est normal. A l'intervention, on découvre une endométriose de l'appendice et du grêle terminal.

C'est bien évidemment un diagnostic différentiel d'exception. En fait, le plus souvent, la localisation appendiculaire est silencieuse, comme le montrent de nombreux auteurs ; Mademoiselle S. GODARD (Hôpital St Pierre à Bruxelles) a découvert deux endométrioses sur 311 appendices ayant fait l'objet d'un examen histologique.

3° - L'endométriose des cicatrices abdominales est très rare. SCOTT et TE LINDE en mentionnent 4 cas sur 516 endométrioses externes.

Nous rapportons une observation d'endométriose siégeant dans une cicatrice de césarienne (observation n° 5).

Madame TAV... nous est adressée pour des douleurs pelviennes très intenses ; l'examen révèle l'existence de deux ovaires scléreux. La laparotomie est faite sur la cicatrice de césarienne où l'on découvre un endométriome de la grosseur d'une cerise.

4° - Le diagnostic clinique de l'endométriose est très rarement possible :

Pourtant, nous avons retrouvé une observation où ce diagnostic put être affirmé (observation n° 40) :

Madame BILL... vient consulter pour une petite tumeur de l'aine augmentant de volume, régulièrement au moment des règles.

La sensibilité de la tumeur, l'examen comparatif en dehors et au moment des règles, conduisent au diagnostic que confirment la laparotomie et l'histologie.

5° - La grossesse extra-utérine : admet exceptionnellement l'endométriose comme cause. Nous avons une observation (observation n° 48) d'association fortuite d'une endométriose de l'ovaire droit avec une grossesse extra-utérine de la trompe gauche. Cette observation est intéressante, car la chirurgie conservatrice permit à cette jeune femme opérée en octobre 1964 d'être enceinte en mars 1965 et d'accoucher normalement en novembre.

6° - La dégénérescence maligne de l'endométriose est tout à fait exceptionnelle mais bien connue cependant : L. RENE, C. SUREAU, CH. GOUYGOU et F. QUEREL en ont rapporté un cas tout récemment.

Dans notre travail, nous avons relevé une observation (n° 41) où un curetage biopsique de l'endomètre se révéla suspect de néoplasme. En raison de l'âge (58 ans - ménopausée depuis 10 ans), une hystérectomie élargie avec lymphadénectomie iliaque bilatérale est pratiquée.

A l'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire, la muqueuse est atrophiée. Il existe une adénomyose et les ganglions sont le siège d'une hyperplasie banale. Que conclure ? S'agissait-il d'une endométriose en voie de transformation néoplasique, d'un cancer associé débutant ou d'une fausse image de malignité ?

7° - L'endométriose après hystérectomie semble un fait insolite, nous en avons retrouvé deux cas :

- Observation n° 16 : la malade avait été hystérectomisée en 1958 pour adénomyose. En 1965, elle nous est adressée pour un syndrome douloureux pelvien avec tumeur fistulisée dans le vagin.

La coelioscopie révèle une endométriose du cul de sac de Douglas que l'intervention confirme. On découvre, par ailleurs, un autre foyer au niveau de la face antérieure du rectum.

Comment interpréter cela ? A la première intervention, un bilan systématique complet du petit bassin avait été effectué et on ne releva alors aucune trace d'endométriose externe.

Si l'on se rallie à l'explication pathogénique la plus admise à propos de l'endométriose, c'est-à-dire sa provenance de l'endomètre adulte, alors il faut admettre ou bien que les foyers hétérotopiques étaient trop petits, à la première intervention, pour être vus, ou bien que notre exploration avait été incomplète.

Mais cette observation peut aussi être un élément de preuve à la théorie de la métaplasie séro-épithéliale émise par IVANOW et dont MEYER et HEIM se firent les défenseurs.

Selon cette explication, les nodules endométriaux se formeraient aux dépens de la séreuse pour l'adénomyose et de certaines cellules mésenchymateuses à propriété embryonnaire pour l'endométriose externe.

Il ne nous appartient pas ici d'entrer plus avant dans les discussions pathogéniques sur l'endométriose.

- Observation n° 20 : est celle d'une femme de 46 ans, ayant subi une hystérectomie vaginale quatre ans auparavant et qui présente une endométriose de la cloison recto-vaginale. Ici le problème est un peu différent car, à la première intervention, une exploration du pelvis n'était pas possible et l'endométriose pouvait fort bien exister, à cette époque, cliniquement latente. D'autre part, il n'y avait pas eu de castration.

Il reste que ces deux observations posent un problème pathogénique auquel nous ne pouvons apporter une solution certaine.

OOO

IV-LES RESULTATS DU TRAITEMENT

A - CHIRURGICAL

Si l'on met à part les quatre localisations vaginales où un traitement local pouvait suffir (observations n° 20, 37, 50, 54), toutes les autres patientes subirent une laparotomie.

Notre souci principal a été de réaliser un traitement conservateur, surtout bien entendu si la femme est jeune ; le tout étant conditionné par l'étendue des lésions.

Il est des cas favorables ou une exérèse complète des lésions avec conservation d'un ou des deux ovaires laisse espérer un bon résultat définitif.

Il est par contre d'autres cas où la diffusion de l'endométriose est telle que tout traitement conservateur est impossible ; souvent même, l'on doit se contenter d'interventions incomplètes. Il faut savoir s'arrêter pour ne pas devenir trop mutilant.

Voici le bilan sur cinquante laparotomies pratiquées :

1° - Chirurgie radicale

Hystérectomie avec castration :

- observation n° 5 - Madame TAV..., 26 ans - deux gros ovaires scléro-kystiques, endométriose sur cicatrice de césarienne.

- observation n° 8 - Madame VAL..., 36 ans - endométriose annexielle gauche - ovaire droit scléreux.

- observation n° 9 - Madame REIB..., 35 ans, endométriose annexielle bilatérale.

- observation n° 10 - Madame DASS..., 43 ans - endométriose de l'ovaire droit - myome.

- observation n° 16 - Madame BIL..., 36 ans - récidive d'une endométriose au niveau du cul de sac de Douglas et du sigmoïde - castration 7 ans après l'hystérectomie.

- observation n° 24 - Madame AUC..., 55 ans - adénomyose chez une femme ménopausée.

- observation n° 35 - Madame BIL..., 47 ans - endométriose des deux ovaires - léiomyome.

- observation n° 29 - Madame BEE..., 35 ans - endométriose des deux ovaires - léiomyome.

- observation n° 31 - Mademoiselle TOUL..., 53 ans - endométriose de l'ovaire gauche.

- observation n° 33 - Madame GUN..., 36 ans - endométriose des deux ovaires avec adénomyose.

- observation n° 38 - Madame JUB..., 39 ans - endométriose des deux ovaires.

- observation n° 41 - Madame KL..., 58 ans, curetage biopsique suspect de malignité. En fait, adénomyose - ménopausée depuis 10 ans.

- observation n° 42 - Madame GU..., 49 ans - endométriose de l'ovaire droit - léiomyome - endométriome du colon sigmoïde.

- observation n° 44 - Madame WEL..., 52 ans - endométriose de l'ovaire gauche et adénomyose.

- observation n° 45 - Madame GAUT..., 44 ans - adénomyose avec nombreuses adhérences pelviennes.

- observation n° 47 - Mademoiselle BOU..., 34 ans - endométriose des deux ovaires avec adénomyose.

- observation n° 52 - Madame DOU..., 44 ans - endométriose des deux ovaires avec adénomyose.

Sur cinquante interventions pour endométriose, il y eut donc dix-sept hystérectomies avec castration, soit 34 %. Si l'on fait entrer dans notre statistique les quatre localisations vaginales où il n'y eut pas de laparotomie, le pourcentage est de 31,4 % pour le traitement radical.

La moyenne d'âge de ces femmes était de 43 ans. Comparons nos chiffres à ceux de différents auteurs :

COUNSELLER, partisan du traitement chirurgical radical castre 61,5 % de ses patientes (sur 1342 cas).

CAVANAGH, pour sa part, pratique l'ovariectomie bilatérale dans 60 à 70 %.

Parmi les plus conservateurs, nous trouvons MEIGS qui, sur 512 cas, a pratiqué seulement 21 % de chirurgie radicale.

En France, la tendance conservatrice semble dominer :

P. GAUTHIER a opéré 73 fois sur 150 cas et a fait 45 castrations - VARANGOT, sur 195 interventions n'en fait que 86 radicales.

Nous estimons que la chirurgie conservatrice doit garder une place importante dans le traitement de l'endométriose et l'évolution de nos malades opérées parait nous donner raison.

Le traitement radical est sans nul doute celui qui, sur le plan clinique, apporte le plus de guérisons. Toutes les statistiques s'accordent sur les chiffres de 95 à 100 %. Chez nos malades, nous avons observé la disparition de la symptomatologie dans tous les cas. Seules persistent quelques douleurs pelviennes dans deux cas : observations n° 16 et 33 ; en outre, dans les observations 16 et 42, où il existait une localisation au colon sigmoïde, aucun signe fonctionnel intestinal n'est apparu.

En conclusion, le traitement radical garde ses indications lorsque les signes fonctionnels sont très importants ou lorsque la localisation est telle qu'une exérèse de toutes les lésions serait difficile.

Ce traitement est à appliquer chez des femmes multipares d'au moins quarante ans ; sinon, il faut avoir la main forcée.

2° - Chirurgie conservatrice :

Hystérectomie avec castration unilatérale : 9 fois :

- observation n° 11 - Madame BAR..., 35 ans - endométriose des annexes droites.

- observation n° 15 - Madame DUR..., 42 ans - endométriose de l'ovaire droit avec léiomyome.

- observation n° 22 - Madame BAL..., 48 ans - endométriose tubo-ovarienne gauche avec léiomyome.

- observation n° 26 - Madame FOUR..., 47 ans - endométriose tubo-ovarienne gauche.

- observation n° 27 - Madame BESS..., 36 ans - endométriose des annexes droites, léiomyome.

- observation n° 34 - Madame BOU..., 34 ans, endométriose de l'ovaire droit - gros myome.

- observation n° 43 - Madame JAG..., 38 ans - endométriose interne et kyste hématique de l'ovaire droit.

- observation n° 46 - Madame LEB..., 37 ans, endométriose de la trompe droite - kyste dermoïde de l'ovaire gauche - léiomyome.

- observation n° 53 - Madame DUH..., 43 ans - endométriose tubo-ovarienne droite - gros léiomyome.

Dans les 9 cas, les résultats thérapeutiques furent excellents.

Hystérectomie avec annexectomie des annexes : 5 fois

- observation n° 3 : Madame COU... 38 ans - adénomyose.

- observation n° 4 : Madame VIC... 48 ans - adénomyose.

- observation n° 12 : Madame BUR... 38 ans - endométriose du cul de sac de Douglas - gros myome.

- observation n° 21 - Madame LAP... 40 ans - endométriose du cul de sac de Douglas - gros léiomyome.

- observation n° 35 - Madame HIR... 43 ans - adénomyose.

Dans trois cas, le résultat est bon.

Dans l'observation n° 21, la malade est revue pour hématurie : le bilan ne trouve aucune cause organique.

Dans l'observation n° 35, la patiente revient plusieurs fois pour différents troubles douloureux du petit bassin. En fait, le contexte psychique est l'élément essentiel.

- Annexectomie unilatérale : 5 fois :

- observation n° 6 : Madame ROU... 37 ans, endométriose des annexes gauches.

- observation n° 7 - Madame LEB... 27 ans, endométriose de l'ovaire droit avec adhérences.

- observation n° 18 : Madame HU... 42 ans - endométriose de l'ovaire droit avec adhérences.

- observation n° 19 : Madame ROU... 35 ans - endométriose de l'ovaire droit avec adhérences.

- observation n° 39 : Madame ROUT... 32 ans, endométriose de l'ovaire gauche.

- Ovariectomie unilatérale : 3 fois.

- observation n° 13 : Madame BID..., 30 ans - endométriose interne avec ovaire droit kystique.

- observation n° 30 : Madame PER..., 29 ans, endométriose de l'ovaire droit et du cul de sac de Douglas.

- observation n° 36 : Madame GEND..., 32 ans - endométriose de l'ovaire droit.

Dans deux cas, les résultats sont satisfaisants.

Dans l'observation n° 30, la patiente est revue en 1965 pour des ménorragies et des pesanteurs pelviennes ; craignant une récidive, nous pratiquons une coelioscopie qui est normale. Un traitement médical est mis en oeuvre.

- Résection du nerf pré-sacré : 4 fois :

(Observations n° 13, 14, 23, 28).

Cette intervention est pratiquée lorsque la symptomatologie douloureuse est très importante.

Nous avons trois très bons résultats, mais il faut dire que l'exérèse du foyer d'endométriose fut également effectuée.

Dans l'observation n° 38, les dysménorrhées réapparurent deux ans après ; en fait, elles n'étaient pas dues à une récidive mais à un fibrome.

En conclusion : sur le traitement chirurgical, nous pouvons dire que les résultats sont en général excellents sur les douleurs ; le traitement radical donne un pourcentage plus élevé de guérisons que le traitement conservateur 95 à 100 % contre 80 %.

Il nous faut signaler une récidive 7 ans après : adénomyose en 1958 - endométriose du cul de sac de Douglas en 1935 (observation n° 16).

Par contre, les incidences sur la stérilité sont désavantes. Sur 8 malades :

- les deux premières subirent une hystérectomie sans castration (observation n° 3 - 21).

- la troisième une hystérectomie avec ovariectomie droite (observation n° 15).

- la quatrième : une annexectomie gauche (observation n° 6).

- la cinquième, déjà hystérectomisée, une résection du col restant (observation n° 16).

- la sixième une résection de la trompe gauche et du nerf pré-sacré (observation n° 23).

- la septième (l'extirpation d'un kyste hématique de la corne utérine droite - observation n° 32)

- la huitième : une hystérectomie avec castration (observation n° 52).

Sur les 3 femmes qui avaient gardé leur potentiel reproducteur, aucune d'entre elles n'a eu de grossesse jusqu'à ce jour.

B - LE TRAITEMENT MEDICAL

Le traitement médical moderne repose sur la création d'un état de pseudo-grossesse par les dérivés hormonaux. Cinq de nos malades ont été mises à ce traitement.

- Observation n° 6 : Madame BIL..., 43 ans, opérée d'une adénomyose en 1958. En 1965, récidive de l'endométriose au niveau du cul de sac de Douglas et de la face antérieure du rectum. L'ablation partielle de cette dernière localisation nous oblige à mettre la malade au traitement par Lynestrenol et Mestranol et, après 8 mois, on constate une nette régression de l'endométriose de la paroi antérieure de l'ampoule rectale.

- Observation n° 39 : Madame PER..., 29 ans, endométriose du cul de sac de Douglas dont on fait une extirpation incomplète : traitement par le propionate de Methandriol, en 1961.

Elle revient consulter en 1965 pour des troubles des règles et des douleurs. La coelioscopie ne montre pas de récidive. Cependant, la malade est mise au traitement par la méthyl-oestrenolone, puis par la Norethindrone qui entraîne rapidement une diminution des troubles.

- Observation n° 49 : Madame SMA..., 36 ans, nous est adressée pour un syndrome appendiculaire. En fait, il s'agissait d'une endométriose de l'appendice que l'on enlève et du grêle terminal auquel on ne touche pas et la malade est mise au traitement par le Noréthynodrel pendant un an. Aucun trouble n'est apparu.

Observation n° 50 : Madame MET..., 29 ans, endométriose du vagin. L'ablation complète n'étant pas possible, un traitement par Lynestrenol et Mestranol est institué. Il n'y a pas de récidive locale jusqu'à présent.

- Observation n° 54 : Madame JAN..., 29 ans, endométriose vaginale ayant entraîné une hémorragie importante. Après l'intervention locale, la patiente est traitée par le Noréthynodrel. Il persiste une induration de la cloison recto-vaginale.

Sur le plan clinique, les résultats du traitement médical sont satisfaisants, mais nous n'avons pas un recul assez important dans le temps pouvant nous permettre de conclure. Il apparaît que les doses à utiliser doivent être suffisamment élevées et prolongées.

En bref, pour poser une bonne indication thérapeutique de l'endométriose, il faut se rappeler que :

- ce n'est pas une affection exceptionnelle et qu'il faut savoir y penser devant un cortège de signes cliniques, certes pas caractéristiques, mais suffisamment évocateurs pour entraîner la mise en route des examens para-cliniques.

Lorsque l'endométriose est une découverte opératoire, il appartient au chirurgien d'en poser le diagnostic, ce qui est le plus souvent facile.

- c'est une maladie bénigne, à évolution lente, ce qui doit inciter à un traitement mesuré et réfléchi.

- l'âge est une notion fondamentale, plus la malade est jeune, plus il faudra être conservateur ; cependant il n'y a pas de références rigoureuses. Les antécédents obstétricaux, le désir d'une nouvelle grossesse doivent être également pris en considération..

- l'étendue des lésions, l'intensité du syndrome fonctionnel, guident aussi la décision thérapeutique en n'oubliant pas que bien souvent il n'y a pas de relation entre l'intensité des signes cliniques et l'étendue des lésions.

- enfin, la présence fréquente d'une affection gynécologique associée perturbe assez souvent le schéma thérapeutique que l'on s'était fixé.

OOO

V- PARMI LES PROBLEMES CONCOMITANTS A L'ENDOMETRIOSE, CELUI DE LA STERILITE EST CERTAINEMENT UN DES PLUS INTERESSANTS.

Nous avons retrouvé 8 femmes stériles dont 6 stérilités primaires et 2 secondaires sur 51 malades mariées. Le taux de stérilité est de 15,5 % , ce qui apparait comme très bas par rapport aux pourcentages des auteurs suivants :

- HUFFMANN : 28,2 %
- KISTNER : 30 à 40 %
- SMITH : 41 %
- SCOTT et TE LINDE { 33 % de stérilités absolues
  { 46 % de stérilités relatives
- COUNSELLER : 45 %
- KELLY : 46 %
- ALLEN : 60 %

Il faut rappeler, à titre comparatif, qu'il y a de 9 à 15 % de couples stériles dans une population mariée. Mais ajoutons qu'il existe sans aucun doute bon nombre d'endométrioses cliniquement muettes, et peut-être responsable d'une stérilité dont le bilan reste négatif.

D'autre part, le taux de fertilité est considéré comme diminué chez les femmes atteintes d'endométriose : chez des malades de plus de 30 ans, CANAVAGH a montré que ce taux était de 1/9 du taux d'un lot témoin de femmes hospitalisées pour pneumopathie.

Dans notre travail, nous avons établi que le nombre moyen d'enfant par femme est de 1,6, ce qui est tout de même bas ; mais il nous est bien difficile de conclure catégoriquement.

Il est naturel de se demander si l'endométriose est cause de stérilité ou bien si ce n'est pas l'inverse comme MEIGS le soutient.

Cette seconde hypothèse ne peut être complètement rejetée, car il est bien évident que la succession ininterrompue de menstruations favorise l'essaimage, hors de la cavité utérine, de l'endomètre, suivant les théories pathogéniques les plus admises. D'autre part, l'endométriose est rare dans les premières années de la vie sexuelle et SCOTT, TE LINDE et WHARTON ont montré qu'au moins six menstruations abdominales étaient nécessaires, chez la guenon, pour créer une endométriose.

Mais, malgré tout, il reste incontestable que chez beaucoup de femmes stériles, seule l'endométriose peut être retrouvée comme cause.

D'ailleurs, MEIGS lui-même, admet que, constituée, l'endométriose entretient la stérilité.

Quels peuvent être les facteurs de stérilité dans l'endométriose ?

1° - la localisation apparaît comme le plus évident.

- une atteinte tubaire bilatérale avec obstruction est une cause incontestable ; en fait, elle est rare et souvent les trompes restent perméables.

- au niveau de l'ovaire : une endométriose bilatérale, dont l'observation n° 52 nous fournit un exemple, peut perturber la rupture des follicules ou la secrétion hormonale. Toutefois, il persiste souvent de l'épithélium normal comme c'était le cas chez notre patiente.

- au niveau de l'utérus, l'on imagine très bien que l'endométriose diffuse entrave la nidation de l'oeuf.

2° - Ce qui nous semble le plus important, c'est le rôle de la sclérose, des adhérences serrées qui perturbent la position des organes et leurs rapports anatomiques : utérus en retroversion, trompes coudées, disparition de tout rapport pavillon ovaire.

3° - Cependant, les lésions constatées sont bien souvent minimes et insuffisantes pour expliquer la stérilité : c'est le cas par exemple pour notre observation n° 21 où existait seulement un endométriome du cul de sac de Douglas.

On peut alors, avec juste raison, invoquer les lésions associées et, en particulier, un myome. On sait avec quelle fréquence il est retrouvé dans l'endométriose.

Sept de nos huit malades stériles avaient un fibrome, la huitième un kyste entéroïde de l'ovaire.

Cependant, il ne faut pas conclure hâtivement ; si le myome est facteur de stérilité, il ne faut pas exagérer cette fréquence.

Les autres affections concomittantes, telles que les kystes ovariens, les malpositions utérines, les infections pelvi-génitales et les malformations jouent également comme facteurs de stérilité.

Finalement, il est bien difficile d'apprécier l'importance relative de l'endométriose et des affections associées dans la genèse de la stérilité.

D'ailleurs, les facteurs anatomiques ne sont pas, sans doute, les seuls en cause.

Pour certains, les femmes atteintes d'endométriose présenteraient un état d'hyperoestrogénie avec hyperplasie glandulo-kystique de l'endomètre, hémorragies fonctionnelles et kystes folliculaires ovariens, autant de conditions défavorables à la fertilité.

Enfin, l'existence de dysménorrhée et de dyspareunie contribue à réduire l'activité sexuelle des malades.

Pour terminer cette brève étude des relations endométriose-stérilité, nous pouvons dire que toute conclusion doit être nuancée.

La stérilité est une complication fréquente de l'endométriose, cela ne fait pas de doute puisque, comme l'a montré ROBERT, le traitement de cette affection peut être suivi de grossesse.

Cependant, derrière elle, d'autres facteurs jouent également un rôle qu'il ne faut pas minimiser.

OOO

CONCLUSIONS

1° - De nombreux travaux, surtout étrangers, ont traité de cette affection si particulière qu'est l'endométriose.

Nous avons eu la curiosité de rechercher dans le service de chirurgie de l'Hôpital de Montargis tous les cas d'endométriose vérifiés histologiquement, observés depuis 10 ans.

Nous avons eu la surprise de recueillir cinquante quatre observations. Ce nombre nous a paru suffisamment important pour présenter ce travail.

2° - L'étude de ces 54 observations, nous a permis de confirmer les notions établies au Congrès de Gynécologie de Lausanne en 1965.

3° - Le diagnostic de cette affection s'avère particulièrement difficile.

La douleur est le symptome le plus fréquent :

Cliniquement, il s'agit d'une dysménorrhée, acquise, rebelle, progressive, ayant son maximum à la fin de la phase menstruelle :

- en fait, ces caractères sont loin d'être constants. La douleur est parfois sans rapport avec la menstruation et rien ne permet de la distinguer d'une des nombreuses algies pelviennes observées chez la femme.

- à la douleur, s'associent fréquemment des hémorragies, le plus souvent ménorragies, plus rarement métrorragies.

- l'examen clinique n'apporte souvent que peu de renseignements. Il montre fréquemment l'existence de lésions associées, fibrome en particulier, d'où la nécessité d'examens complémentaires.

- l'hystérosalpingographie, qui en réalité ne donne que rarement des renseignements caractéristiques.

- la coelioscopie, par contre, est devenue un examen très utile et permet souvent de faire le diagnostic d'endométriose externe.

- le diagnostic a été posé le plus souvent au cours de l'intervention. L'aspect macroscopique des lésions permet de soupçonner le diagnostic qui sera affirmé par l'histologie.

4° - L'endométriose interne est une des localisations les plus fréquentes puisqu'elle a été constatée dans 29,6 % des cas.

Dans l'endométriose externe, c'est l'atteinte ovarienne qui est de très loin la plus fréquente. Elle représente, en effet, 84,3 % des foyers intra-péritonéaux.

Viennent ensuite les localisations dans le cul de sac de Douglas et au niveau des trompes.

Parmi les localisations hétérotopiques plus rares, nous avons noté :

- 6 endométrioses du vagin et de la cloison recto-vaginale.
- 3 endométrioses intestinales
- 1 sur une cicatrice de césarienne.

Nous avons, en outre, observé :

- un cas d'endométriose associée à une grossesse extra-utérine.
- un autre où se posait un diagnostic de malignité.
- deux autres enfin d'endométriose après hystérectomie.

5° - Jusqu'à ces dernières années, le traitement était uniquement chirurgical.

La majorité de nos malades a subi une intervention.

L'attitude thérapeutique a varié suivant la nature des lésions rencontrées, l'âge de la malade, l'existence ou non de lésions associées.

Nous avons toujours essayé de réaliser une chirurgie conservatrice quand elle s'avérait possible.

6° - Les résultats du traitement chirurgical nous ont toujours donné satisfaction :

- sur 34 interventions de chirurgie conservatrice, nous avons obtenu 29 excellents résultats :

  - 4 bons résultats avec quelques douleurs résiduelles.
  - une récidive.

- la chirurgie radicale nous a donné 100 % de très bons résultats.

7° - Actuellement, le traitement médical par anovulation provoquée mis en application par KISTNER en 1958, tend à supplanter l'acte chirurgical, mais il nécessite, pour être mis en oeuvre, une certitude diagnostic. Pour cela, la coelioscopie prend une place de plus en plus importante.

Le traitement médical paraît excellent dans ses résultats. Nous ne l'avons utilisé que chez cinq de nos malades. Nous avons obtenu cinq résultats satisfaisants, mais de recul encore insuffisant pour porter un jugement définitif.

8° - Nous avons enfin étudié les rapports endométriose et stérilité.

Un certain nombre de facteurs peuvent intervenir comme étiologie de la stérilité. Mais là, les résultats thérapeutiques obtenus sont jusqu'à présent constamment mauvais.

OOO

Vu , le Président de Thèse :

M. J. HUGUIER

Vu, le Doyen de la Faculté :

M. G. BROUET

Vu et permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris
M. J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE (depuis 1960)

Nous avons volontairement limité notre bibliographie aux travaux publiés depuis 1960.

ABRAHAMSEN H.

Das Verhalten der endométriosis utéri interna bei Funktionstumoren der ovarien - 2 -
Geburth Gynäk, 1933, 161, 2, 188-207.

ANTOINE T.

La régulation hormonale de l'endométriose.
Bul. Féd. Gynéc. Obst. Franc. 1960, 12, 2, 133, 139.

ARON Cl.

Quelques considérations à propos de 34 cas d'endométriose.
Thèse Paris 1962.

BALL T.L. et PLATT M.A.

Urologic complications of endométriosis -
Américc. Journ. Obst. Gynec. 1962, 84, 11, part. 1, 15-16-1521.

BERNARD L.

Sur un cas d'endométriose du col -utérin.
Bull. Féd. Gyn. et Obst. Franc.
Tome 17, N° 4 p. 330.

BIRMANAC D.

Le traitement local de l'endométriose vaginale avec le pérandrène
zbl gyn. 20 août 1960 n° 34 - 1310-1311.

BONHOMME J. et AUPY G.

Endométriose -
Revue de Médecine 15, 22, janvier 1960.

BONHOMME J. et AUPY G.

Les formes anatomo-cliniques de l'endométriose et leur traitement -
Rev. de méd. janvier 1960, n° 1, 15, 23.

BOUTON Cl.

Essais pathogéniques sur l'endométriose -
Thèse Paris avril 1965.

BROCIC M. - MASSON J. Cl. - DEHALLEUX J.M. - BURGER J.P. et GANDAR R.

Endométriose sur cicatrice d'épisiotomie : à propos de cinq nouveaux cas.
La Presse Médicale n° 16 - 26 mars 1966 809-810.

CANAVAGH W.V.

Endométriosis Bull. Sloane Hosp.
Wom N.Y. 1960 - 6, 4, 115, 122.

CARPEN I. et E.

La fertilité post-opératoire des malades souffrant d'endométriose -
Gynaecologia 1962, 153, n° 1 50-62.

COSTA V., TEIXEIRA E., BORBA P. et CARVALHO A.

Endométriose du coecum simulant une appendicite aigüe.
Revue Brasil - Juin 1960, 39, n° 6, 486-489 (résumé franc.).

CRISMER R. et GUILLARD J.

Deux observations d'endométriose du sigmoïde.
La Presse Médicale (supp.) 7 novembre 1962 - 70, n° 17, 59 (5 fig.).

DA SILVA C.

Endométriose sténosante du sigmoïde .
Médico 12 mai 1960, 11, n° 454-232, 287 (6 fig.) - (résumé français).

DECANDAVEINE J.

Endométriose - Etat actuel de la question -
France Médicale 25 223 - Mai 1961.

DECANDAVEINE J.

Endométriose - Etat actuel de la question -
France Médicale 25 n° 5 - 229-231 - Mai 1962.

DEVEREUX W.P.

Endométriosis Long term observation with particular reference to incidence of pregnancy -
Obstet and Gyneco. 1963 - 22 444-450.

DOUGHERTY (C.M.) et ANDERSON (M.R.)

Endométriosis and adénomyosis -
Amer. J. Obstet. Gynec. 1964, 89, 1, 23, 37.

ECHER J.A., DOANE W.A. - DICKSON D.R.

Endométriosis of the gastro-intestinal tract. -
Amer. Journ. Gastro entéro. 1964, 41, n° 4, 405-417.

FIELD Ch. A. - EDWARD A. - BANNER - RICHARD E. - SYMMONDS :

Endométriosis of abdominal scar after cesarean section Staff Meetings of the Mayo-clinic
Jan 3 1962, p. 12-15.

FRANK D. et KUHLMANN N.

Une localisation rare de l'endométriose - l'endométriose iléale (à propos d'une observation)
Arch. mal. app. digest. déc. 1962 51, n° 12. 1529-1534.

FRIEBEL (H.G.)

Ueber endométriose und Krebs.
Zbl. Gynäk 1963 - 85, 1710-1711.

GAUTHIER (P.)

A propos de l'endométriose -
Ann. Chir. Avril 1961 15. n° 7-8. 441-451.

GRIMAUD et Coll.

Les pièges de l'endométriose -
Toulouse Médical 63, 811, octobre 1962.

GROS C.M., LEGAL Y. et KEILING R.

De l'endométriose cytogène endolymphatique -
La Presse Médicale 22 septembre 1965 n° 39 2135-2148 (6 fig.).

HERVY K. HASSERJIAN and MILFORD E., DOROUGH

Endométriosis the disease as seen at a private teaching Hospital,
Pacific Méd. surg. 1965, 73, 137.

HOUEL J.E.

L'endométriose -
Encyclopédie médico-chirurgicale - Tome 1 - Gynécologie.

ISIDOR M.P.

Un cas d'endométriose de la paroi d'un sac de hernie inguinale -
Considérations pathogéniques -
Bull. de la Féd. des Soc. de Gyn. et d'Obst. de langue française -
Tome 18 n° 1 Janvier-Mars 1966.

JAHIER H. - LAFFARGUE P. - GAUTRAY J.P. - JAHIER J.

Les endométrioses du col utérin -
Gyn. et Obst. 1961, 60, 5 - 606 - 615.

JOYEUX R.

Sur six cas d'endométriose "extériorisée" -
Gazette Méd. Fr. 1962, 69, 22, 3191-3196.

KEITH J. CROMER

Endométriosis of the colon, sigmoïd, recto-sigmoïd and recto vaginal septum -
South Méd. Journ. 1965, 58 : 807.

KISTNER R.W.

Infertility with endométriosis. A plan of therapy.
Fertil. abd. steril. 1962, 13, 3, 237-245.

LAMAN A. GRAY

Endométriosis of the Bowel : Treatment - Excision - Castration -
Med. Journ. 1965, 53, 815.

LANE R. E.

Endométriose de l'appendice.
Ann. J. Obst. Gyn. Fevr. 1960, 74, n° 2 372-377.

LEVEILLE E.

L'hysterographie dans la dysménorrhée. Mémoire pour le titre d'assistant étranger -
Paris 1961.

LOUYOT

A propos du diagnostic clinique de l'endométriose pelvienne -
Rev. Franc. Gync. Obst. Fév. 1961, 56, n° 2 139-144.

MACRIS P.

Contribution à l'étude de l'endométriose
Gyn. et obst. 1961 60, 2, 201-204.

MEIGS (J. V.)

An interest in endométriosis and its consequences -
Am. Journ. of Obst. and Gyn. 79, april 1960, p. 265.

MODAWI O.

Primary twin ovarian pregnancy with ovarian endométriosis -
J. Obst. Gynec. Brit. Cwlth 1962, 69, 4, 655, 657.

MONGES H., PAYAN H. MONGES A.

Sur un cas d'endométriose étagée de l'intestin grêle et du coecum -
Soc. Fr. de gastro-entérologie - Séance du 13 mars 1960.

MONGES H., PAYAN H., MONGES A.

L'endométriose intestinale -
Gazette Méd. de France 2. X. 1960 - p. 2045-2050.

MOVERS F.

Tubal endométriosis in its effect on fertility and sterility
Zbl. Gynäk, 1963, 85, 1409-1414.

NOTTER A. GABRIEL H. SISTERON P. BOURBON et C. MOINE

Endométriose de l'ovaire sans manifestations cliniques antérieures, découverte à l'occasion d'une césarienne avec castration pour cancer gravissime de la langue-
Bull. de la Féd. des Soc. de Gyn. et d'Obst. de langue française -
Tome 17 - n° 1 - Janv. Mars 1965.

PALMER R.

La stérilité involontaire.

PHILIPPE E. - RITTER J. - RENAUD R. - et R. GANDAR

Le cycle endométrial normal biphasique.
Rev. franç. de gyn. obst. 1965 - 60, p. 405.

POLLOSSON E. et ROCHETY

Traitement de l'endométriose génitale -
Bull. Fed. des Soc. Gyn. et Obst. Fr. Tome A n° 1 bis 1965 -
p. 293-346 (Congrès de Lausanne 5-8 septembre 1965).

RENE L.

L'endométriose digestive
Ann. Chirurgie 1962 - vol. 16 - n° 13-14 1023, 1030.

RENE L. - SUREAU L. - GOUYGOUCH et QUEREL F.

Une complication exceptionnelle de l'endométriose - la dégénérescence.
La Presse Médicale 23 juin 1965. n° 31 - 1803-1808.

RIVA H.L. - WILSON J.M. and KAWASAKI D.M.

Effect of Norethynodrel on endométriosis -
Amer. Journ. of Obst. and Gyn. 82, 1, Jul. 1961 p. 109.

ROCHET Y. et S. MIKAELIAN

L'endométriose génitale -
Lyon Médical Tome 62 n° 3 - Mai 1966 - p. 458-475.

SCOTT R.B. and BURT J.H.

Clinical external endométriosis fifteen years experience at university -
Hospitals of Cleveland South Med. J. 1962, 55, 2, 129, 136.

SERMENT H., RUF H., PIANA L;, BOSSIG, FELA A.

A propos de quelques cas d'endométrioses -
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Fr. Tome 17 n° 5 - 1965 - p. 469-476.

STANCA, JANESCO, RATZIOU et ANGHEL

Considérations sur le plan de l'endométriose dans l'étiopathogénie de la grossesse extra-utérine et spécialement de la grossesse tubaire.
Gyn. Prat. Tome X, n° 4, p. 237, 252.

STECK W.D. et HELWIG E.D.

Endométriose cutanée -
The Journ. of Americ. Med. Association 18.1.1965 191, n° 3 167 170 (Rapporté par Cl. PATEL - Presse Méd. 4 déc. 1965 n° 52, p. 3042).

SYMMONDS R.E.

Surgery treatment of endométriosis Northwest M. 1965 64, 135.

TE LINDE

Endométriosis Clinical Obst. and Gyn. Sept. 1961 p. 788.

VARANGOT J. - GIRAUD J.R. - BIGNON - SCHNIRER J.

Etiologie, biologie et pathogénie de l'endométriose génitale - Bull. Fed. Soc. Gyn. et Obst. Fr. Tome 17 n° 1 bis 1965 p. 239-287 (Congrès de Lausanne 5-8 septembre 1965).

OOO

agemp

EDITIONS
40 R. Pascal
PARIS 13e
TELEPHONE
535 : 18 — 93
535 : 18 — 62